

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Marburg
Direktor: Professor Dr. H. Jacob

Über das Vorkommen psychosomatischer Störungen im Rahmen der neurologisch-psychiatrischen Klinik unter besonderer Berücksichtigung des Asthma bronchiale, der Urticaria und anderer allergischer Erkrankungen

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps - Universität zu Marburg

vorgelegt von

Barbara Pietsch, geb. Neuhaus

aus Friedensdorf (Lahn)

Marburg 1969

**Über das Vorkommen psychosomatischer Störungen
im Rahmen der neurologisch-psychiatrischen Klinik
unter besonderer Berücksichtigung des Asthma bronchiale
der Urticaria und anderer allergischer Erkrankungen**

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps - Universität zu Marburg

vorgelegt von

Barbara Pietsch, geb. Neuhaus

aus Friedensdorf (Lahn)

Marburg 1969

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der
Philipps-Universität Marburg/Lahn

am 13. Februar 1969

gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

Dekan: Prof. Dr. med. Wolfgang Straub

Referent: Prof. Dr. med. Ulrich Spiegelberg

Correferent: Prof. Dr. rer. nat. Peter Ihm

Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet

Inhalt

	Seite
1. Einleitung	1
a) Geschichtliches	
b) Bemerkungen zur Physiologie der Allergien	
c) Stellung der Allergien in der psychosomatischen Medizin	
2. Fragestellung	6
3. Literatur - Referat	8
1. Autoren, die psychische Einflüsse bei Allergosen ablehnen	8
2. Psychosomatisch orientierte Autoren, die Beziehungen finden zwischen	11
a) Allergosen und Neurosen	11
b) Allergosen und Erkrankungen des manisch-depressiven Formenkreises	16
c) Allergosen und Schizophrenie	20
d) Allergosen und Erkrankungen des ZNS	21
4. Methode und eigene Untersuchungen	24
5. Ergebnisse und statistische Auswertung	28
6. Diskussion anhand der Ergebnisse und zweier Krankengeschichten	35
7. Zusammenfassung	42
8. Literaturverzeichnis	43

EINLEITUNG

Die psychosomatische Medizin, eine noch relativ junge Fachrichtung, gehört ihrem Wesen nach zur medizinischen Psychologie und geht von der Psychiatrie, speziell von der Neurosenlehre aus; zu letzterer besteht auch heute noch kein grundlegender Unterschied (nach STOKVIS sowie LOPEZ IBOR). Ihr Interesse ist jedoch nicht allein auf die Erforschung psychiatrischer und neurotischer Leiden beschränkt, sondern richtet sich auch insbesondere auf die körperlichen Erkrankungen, bei deren Entstehung seelischen Faktoren eine große Bedeutung zukommt und die daher auch "psychosomatische Krankheiten" genannt werden. Nach SPIEGELBERG soll man "jenem Begriff alle die Symptome, Zeichen oder regelrechten Krankheiten zuordnen, welche neurogene, psycho-soziogene oder überhaupt psychische Zuflüsse oder Facetten zeigen."

Ursprünglich bedeutete der Begriff "psychosomatisch" nichts weiter als "seelisch-körperlich" und in diesem Sinn wurde er auch zuerst von HEINROTH 1818 und ROSEN-BACH 1902 verwandt. Diese ersten Bemühungen, die Aufmerksamkeit der Ärzte auf psychisch wirksame Elemente in körperlichen Krankheiten zu lenken, schlugen fehl. Denn zu der Zeit stand die Medizin noch ganz unter dem Einfluß der cartesianischen, mechanistisch ausgerichteten Naturauffassung, in der das Leib-Seele-Verhältnis als Dualismus zwischen körperlicher und denkender Substanz verstanden wurde.

Mit FREUD und dem Beginn der Persönlichkeitsforschung sowie der Motivationspsychologie nahmen die Denkweise und weitere Entwicklung der Medizin eine entscheidende Wendung. FREUD wies nach, daß körperliche Symptome und psycho-neurotische Störungen durch Verdrängung der elementaren Triebe verursacht werden, die der Moralauffassung einer sozialen Gemeinschaft zuwiderlaufen.

Der Sinn einer solchen Störung besteht also darin, den Konflikt der Persönlichkeit in eine tiefere Schicht des Bewußtseins zu verlagern und ihrem Träger ein sozial angepasstes Leben zu ermöglichen. So sagt KEMPER, daß man psychosomatische Krankheiten als eine instinktive Ruhigstellung betrachten könne und BOSS spricht von "einem Absacken der existentiellen Problematik in die Bewußtlosigkeit des Leibes." Aus alledem geht hervor, daß Psychosomatik heute nicht allein eine Wiederbelebung des Wissens um psychophysische Zusammenhänge bedeutet, wie sie schon Hippokrates kannte, sondern daß in ihr neuere, tiefenpsychologische Erkenntnisse für die Entstehungslehre körperlicher Krankheiten mit herangezogen werden.

Die Tatsache, daß eine psychosomatische Störung an einem bestimmten Organ bevorzugt auftritt, mit anderen Worten das Problem der Organwahl, ist Gegenstand vieler Theorien. Einige von ihnen sind in einem Aufsatz von KEMPER enthalten, der drei verschiedene Gründe aufführt, aus denen eine Organwahl erfolgen kann:

1. Primär somatische Gründe, d. h. angeborene oder erworbene Organschwächen.
2. Organwahl aus psychosomatischen Korrelationen.
Ein Affekt wirkt sich bevorzugt auf die Funktion eines bestimmten Organes aus (z. B. die Aggression auf den Muskeltonus).
3. Primär psychische Gründe der Organwahl sind:
Bestrafung des Organs, mit dem man sich vergangen hat, einerseits, ein bedingter Reflex, der eine Kopplung zwischen Affekt und Organ schafft, andererseits.

Besondere Aufklärungen krankheitsfördernder seelischer Faktoren verdanken wir den Untersuchungen ALEXANDERS, der psychosomatische Störungen der Organfunktion auf typische Konfliktsituationen zurückführt und deren schrittweise Auswirkung auf den Organismus sichtbar macht.

In der Nachkriegszeit neigte man nach STOKVIS allerdings dazu, den Erscheinungen des Seelischen zu viel Aufmerk-

samkeit zu widmen, da es in der Natur des Begriffes "Psychosomatik" liege, der Psyche oder dem Soma mehr Bedeutung oder sogar die ursächliche Wirkung beizumessen. Die Frage nach der Kausalität, oder danach, was eigentlich am Anfang einer Krankheit gestanden habe, der Körper oder die Seele, dränge sich immer wieder in den Vordergrund. Für JORES erscheint es fraglich, "ob das Gesetz der Kausalität, nach dem unsere bisherige Medizin immer wieder ausgerichtet ist, bei der Verbindung zwischen geistigem und körperlichem Geschehen, überhaupt Geltung hat." Da diese Frage nicht schlüssig zu beantworten ist, soll sie hier umgangen werden. Ziel der Psychosomatik muß sein, u. a. "eine Verbindung zwischen Symptom und Biographie herzustellen und sich dem Verständnis der Krankheit zu nähern anhand der Untersuchung seelischer Einflüsse im Zusammenhang mit der Umwelt, weiterhin durch Untersuchung sozialer, persönlicher und emotioneller Faktoren, sowie durch Erforschung der biochemischen und physiologischen Krankheitsursachen."

Da hier im wesentlichen über die Psychosomatik der beiden allergischen Krankheiten Asthma und Urticaria berichtet werden soll, sind zunächst einige grundlegende Bemerkungen zur Pathophysiologie der Allergien notwendig. Zudem soll hier dargestellt werden, welche ihrer Merkmale gerade diese Krankheitsgruppe zu einem wichtigen und höchst interessanten Forschungsfeld der psychosomatischen Medizin werden ließen und immer noch machen.

Die Allergie, - eine fakultative Andersempfindlichkeit, oder die allergische Krankheit, - eine Funktionsstörung aufgrund von Antigen-Antikörper-Reaktionen, hat als pathogenetisches Prinzip seit 1900 (Beobachtung des anaphylaktischen Schocks durch RICHET) immer mehr an Bedeutung zugenommen. Biochemische Forschungsergebnisse und die Verfeinerung serologischer Untersuchungen ermöglichten, es, bei einer großen Anzahl von Krankheiten eine gemeinsame Entstehungsursache, die Allergie, aufzudecken. Im Zentrum des allergischen Geschehens steht die Antigen-Antikörper-

Reaktion. Nach Einwirkung des schädigenden Antigens werden von den Zellen des Retikuloendothelialen Systems Globuline gebildet, die sich mit den Antigenen zu einer zellschädigenden Substanz, dem Antigen-Antikörper-Komplex, verbinden. Diese meist zellständig ablaufende Reaktion bewirkt eine Permeabilitätsänderung der Zellmembran und führt unter Mitwirkung spezifischer Enzyme zur Diffusion toxischer Substanzen aus der Zelle. Es sind Serotonin, Histamin, Bradykinin, die auch als Mediatorstoffe oder vereinfachend als H-Substanzen bezeichnet werden. An den Organen bewirken sie Parenchymschäden, Spasmen der vaskulären und extravaskulären Muskulatur, Reizung der Nervenendigungen und führen zu den bekannten allergischen Symptomen.

Da die Pathophysiologie der Allergie soweit bekannt ist, da jeder Mensch bei genügend starker Exposition gegenüber einem Allergen sensibilisierbar ist, und die gesteigerte allergische Bereitschaft oder exsudative Diathese dominant vererblich ist, erscheint es unerklärlich, daß die psychosomatische Medizin die ganze Persönlichkeit des Kranken in Beziehung zu seiner Krankheit, der Allergie, setzt und sich dadurch eine weitere Aufklärung der scheinbar so gut bekannten allergischen Krankheiten erhofft. Dem muß man folgendes entgegenhalten: Es sind zwar mikroskopische und makroskopische Veränderungen der Organe bekannt (nach HANSEN und GRONEMEYER Dilatation des rechten Herzens, Leberschwellung, Lungenödem, trübe Schwellung der Niere, Ödem der Haut) und es ist gesichert, daß die Antigen-Antikörper-Reaktion der eigentliche, auslösende Mechanismus für die verschiedensten Allergosen ist; ungeklärt ist jedoch die Frage, wie die Andersempfindlichkeit zustandekommt und warum bei gleicher Exposition und gleicher Sensibilisierbarkeit ein Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt erkrankt, ein anderer nicht. Im internistischen Schrifttum werden gerade für allergiekranken Konstitutionelle Faktoren erwähnt, die zufällig und unerklärlich scheinen. So zählen HANSEN und GRONEMEYER eine allge-

meine Vasolabilität, überdurchschnittliche Begabung, neuropathische Züge, und Psycholabilität zu den Merkmalen, die mit einer allergischen Reaktionsbereitschaft koordiniert seien. Es ist auch seit langem bekannt, daß allergische Symptome, ein Asthmaanfall oder ein urticarielles Exanthem auf psychischem Wege, durch Hypnose oder Suggestion hervorgerufen und zu beseitigen sind. Obwohl nun diese Tatsachen die Bedeutung seelischer Faktoren für ein körperliches Geschehen wie das der Anaphylaxie hervorheben, wenn nicht gar zu beweisen scheinen, so lehnt HANSEN es dennoch ab, die Psyche als Ursache für die allergische Reaktionsbereitschaft anzusehen. In seinem Aufsatz über die Psycho- oder Organogenese des Asthma bronchiale widerspricht er der These, daß allergische Krankheiten psychogen bedingt seien. Er hält es aber für durchaus möglich, daß allergische Mechanismen nach einmal erfolgter Sensibilisierung durch seelische Einflüsse induziert oder gefördert werden, sei es über eine Erhöhung der Allergenresorption, auf dem Wege des bedingten Reflexes oder einer unspezifischen vegetativen Gewohnheitsreaktion.

In dieser Arbeit soll kein weiterer Versuch unternommen werden, die Verflechtungen psychischer und körperlicher Faktoren im Wesen der allergischen Krankheiten darzustellen oder zu erklären. Ihr Ziel ist dagegen, dem Problem der Psychosomatik allergischer Erkrankungen mit Hilfe eines klinisch-statistischen Ansatzes und anhand eines unausgewählten neurologisch-psychiatrischen Krankengutes näherzutreten.

FRAGESTELLUNG

Das wichtigste Forschungsinstrument in der Hand der psychosomatischen Medizin war bis heute beinahe ausschließlich die Psychoanalyse, die durch schrittweise Aufdeckung eines Konfliktes Rückschlüsse auf den Ursprung einer psychosomatischen Krankheit anstrebt. Leider können sich die zahlreichen, durch Psychoanalyse gewonnenen Theorien über die Entstehung von Allergosen nur auf kleine Fallzahlen berufen. Da sie zudem einander oft widersprechen, ist keine von ihnen den eigenen Untersuchungen zugrundegelegt. Diese Arbeit geht einen anderen Weg, um sich dem Verständnis der Allergie zu nähern. Als Teilbeitrag einer an mehreren Kliniken gleichzeitig durchgeführten Untersuchung ist es ihr Ziel, Überblick über ein möglichst großes Krankengut der verschiedensten Diagnosegruppen zu gewinnen. Dabei richtet sich das Vorgehen nach einem von BOCHNIK für psychosomatische Fragestellungen entwickeltem Schema, das von SPIEGELBERG ergänzt wurde, (vgl. S. 28). Die Grundlage der hier durchgeführten Anamnesen ist die merkmalsreiche Dokumentation einer möglichst großen Patientenzahl. Um regelmäßige Zusammenhänge darzustellen, oder - wie hier - Hypothesen über die Entstehung von Allergien bestätigen zu können, müssen bei der Fragestellung viele Faktoren berücksichtigt werden. Die an den Patienten gerichteten Fragen betreffen Diagnose, Anamnese, soziales Milieu, Charakter und eine Reihe anderer Lebensbereiche des Patienten. Es sollte also möglich sein, aus den Untersuchungsergebnissen eine Reihe von allgemein gültigen Schlüssen zu ziehen, jedoch sollen im Hinblick auf die hier interessierenden allergischen Krankheiten zunächst rein zahlenmäßige Beziehungen aufgestellt werden. Zu ermitteln ist demnach, ob allergische Erkrankungen bei psychiatrischen oder neurologischen Patienten häufiger anzutreffen sind und ob eine Form der Allergie bei einer speziellen psychiatrischen oder neurologischen Erkrankung gehäuft auftritt. Es wird der Versuch unternommen, Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der Allergiemanifestationen bei den einzelnen Diagnosegruppen

zu finden und die eigenen Ergebnisse mit denen in der Literatur zu vergleichen. Darüber hinaus ist es von Interesse, bei allergisch Erkrankten, insbesondere bei Patienten mit Urticaria und Asthma, nach gemeinsamen krankheitsfördernden Faktoren zu suchen, die sowohl Anamnese, Heredität als auch die Persönlichkeit und ihre soziale Umwelt betreffen können.

LITERATURREFERAT

Die Allergielehre hat seit dem klassischen Tieversuch von RICHET für das Verständnis der Pathogenese derart an Bedeutung gewonnen, daß heute nur noch bei wenigen Krankheiten keine allergischen Faktoren vermutet werden. Es ist daher hier nicht möglich, eine vollständige Literaturübersicht zu geben, zumal das Schrifttum über Allergie äußerst heterogene Krankheitsbilder aus verschiedenen medizinischen Fachrichtungen umfaßt. Es soll vorwiegend über Asthma und Urticaria berichtet werden und bei der Fülle der Literatur, die sich allein hier auf psychiatrischem Gebiet findet, werden Beispiele herausgegriffen und nach folgenden Gesichtspunkten geordnet:

1. Autoren, die psychische Einflüsse bei Allergosen ablehnen.
2. Psychosomatisch orientierte Autoren, die Beziehungen finden zwischen
 - a) Allergosen und Neurosen
 - b) Allergosen und Erkrankungen des manisch-depressiven Formenkreises
 - c) Allergosen und Schizophrenie
 - d) Allergosen und Erkrankungen des Zentralnervensystems

1. Somatisch orientierte Autoren

HANSEN und GRONEMEYER unterteilen den Ablauf des allergischen Geschehens in zwei Phasen, deren erste allergiespezifische die im Gewebe stattfindende Antigen-Antikörper-Reaktion ist. Die zweite allergieunspezifische Phase führt durch eine biochemische Kettenreaktion zu den allergischen Symptomen. Exposition, d. h. die Höhe der Allergenkonzentration und Konstitution bestimmen die Heftigkeit der allergischen Reaktion. Nach der Darstellung beider Autoren

ist die allergische Konstitution zwar häufig mit neuropathischen Zügen koordiniert, hauptsächlich ist sie aber durch die familiäre erbliche Anlage bestimmt.

Nach HANHARDT wird die Anlage zur abnorm gesteigerten Sensibilisierbarkeit dominant vererbt. SPAIN und COKE finden bei Belastung durch ein Elternteil in 58 % bei Belastung von Seiten beider Eltern in 71 % der Fälle manifeste Allergien.

Auch beim Asthma bronchiale ist nach HEYMER die Allergie das beherrschende ätiologische Prinzip. Erfolgsorgan der Antigen-Antikörper-Reaktion ist das Bronchialsystem. Aufgrund eigener Untersuchungen widerspricht der Autor den Psychoanalytikern, nach deren Annahme ein Asthmaanfall allein oder überwiegend durch psychische Konflikte ausgelöst wird.

BORK und BÜSSOW beschreiben Psychosen, die auf die übermäßige Einnahme von Asthmamitteln zurückzuführen sind, während HOCH erwähnt, daß psychotische Episoden bei Asthmatikern besonders häufig nach Corticosteron-Medikation zu beobachten sind.

TÖRÖK betrachtet Urticaria als die allergische Reaktionsform der Haut, der eine flüchtige seröse Entzündung zugrundeliege und die durch humorale oder im Blut kreisende Substanzen hervorgerufen werde. Daß psychische Auffälligkeiten mit chronischer Urticaria einhergehen können, streitet er zwar nicht völlig ab, jedoch kritisiert er den Psychogeniebegriff heftig. Er fordert, daß man zunächst den Mechanismus der Quaddeleruption genau prüfen müsse, ehe man psychische Faktoren für die Entstehung der Urticaria verantwortlich mache. GRACIANSKY und BOULE unterscheiden nach Art des auslösenden Allergens verschiedene Formen der Urticaria und äußern die Meinung, daß es nicht bewiesen werden könne, ob das Nervensystem oder der psychische Zustand für ihre Entstehung eine Rolle spielen.

HANSEN und GRONEMEYER, die der seelischen Erregung allenfalls eine die Sensibilisierungsschwelle herabsetzende Wirkung beimessen, unterscheiden die nicht allergische Urticaria factitia von der allergischen Form, die am häufigsten durch Arzneimittel-Antigene verursacht werde. LINDEMeyer findet bei 155 Fällen akuter Urticaria in 53 % eine medikamentöse Auslösung.

Nach SCHULZ beruht die Urticaria auf einer Antigen-Antikörper-Reaktion, die zunächst die Permeabilität und die Hämodynamik an den Gefäßen der Endstrombahn verändere und die bekannten urticariellen Effloreszenzen auslöse. Er sagt, daß Urticaria durch körperliche Anstrengung und psychische Erregungen, die beide von erhöhter Schweißsekretion begleitet seien, verursacht werden könne. Ihm sind zwar zeitliche Beziehungen zwischen seelischen Belastungssituationen und dem Auftreten urticarieller Eruptionen bekannt, er stellt auch fest, daß die Urticaria nicht selten bei der Beseitigung eines Konfliktes abklingt, doch hält er die psychogene Urticaria noch für unbewiesen. Auch für FLECK ist die ererbte allergische Disposition der wichtigste ätiologische Faktor für die Urticaria. Die Existenz der psychogenen Urticaria sei nicht sicher, man nehme aber an, daß bei Ermüdung und Erschöpfung urticariogene Substanzen freigesetzt werden, und daß psychische Einflüsse eine latente Allergie manifest werden lassen.

2. Psychosomatisch orientierte Autoren

a) Allergosen und Neurosen

Wenn in diesem Abschnitt von Neurosen die Rede ist, so liegt eine Definition zugrunde, die von SPIEGELBERG in Anlehnung an BRÄUTIGAM sowie BINDER formuliert wurde. Danach sind Neurosen als ein Typus erlebnisverarbeitender Störungen zu verstehen, deren Symptomatik sich aus einer psychischen Fehlhaltung heraus entwickelt. Ihre Voraussetzungen sind eine Reifungsstörung der Persönlichkeit und Verdrängung elementarer Lebensbereiche. In diesem Sinne halten JORES sowie MITSCHERLICH psychosomatische Körperstörungen für neurosenpsychologisch erklärbar. Das gilt besonders für Asthma und Urticaria, die von vielen Autoren psychologisch und psychoanalytisch gedeutet werden. LÓPEZ IBOR weist darauf hin, daß das Problem der gestörten Persönlichkeitsreife eine genaue Betrachtung der ersten Lebensphase notwendig macht, in der Affektivität und vegetatives Leben noch untrennbar verbunden sind. Während dieser Zeit, in der die Mutter die natürliche Umwelt des Kindes darstellt und in der nach BENEDEK das vegetative Nervensystem des Kindes noch unorganisiert ist, wirkt sich eine gestörte Kind-Mutter-Beziehung schädigend auf die Persönlichkeitsentwicklung aus und kann auch psychosomatische Störungen hervorbringen. Die Symptome lokalisieren sich nach der Theorie ADLERS an konstitutionell schwachen Organen; er prägt den Begriff "Organminderwertigkeit". Nach FREUD manifestiert sich die psychosomatische Störung am libidobeladenen Organ. Nach LÓPEZ IBOR erscheint sie an der Stelle, an der die Einheit der Persönlichkeit auseinanderzubrechen droht und die der Ausdruck der Angst ist. So betrachten WITTKOWER und RUSSELL die Urticaria als die Folge eines Liebesentzugs in frühester Kindheit und STERN weist durch Untersuchungen an hautkranken Kindern einen gemeinsamen Konflikt nach, der um die Frustration der Liebesbeziehungen zwischen Mutter und Kind kreist. HOFF und RINGEL sehen in allen Hautkrankheiten ein psychosomatisches Geschehen, daß durch einen neurotischen in früher Kindheit entstandenen Konflikt verursacht werde. Eine Traumatisierung in den ersten beiden

Lebensabschnitten, der oralen und der analen Phase führe beinahe zwangsläufig zu körperlichen Reaktionen. Dabei werde ein psychosomatisches Reaktionsmuster besonders leicht im Bereich der Haut geprägt, weil dies ein stark emotionell besetztes Organ sei. Später könne auch eine bestimmte Lebensweise, die die Haut immer in den Mittelpunkt der Betrachtung stelle, zur Erkrankung führen. So führe u. a. übertriebene Kosmetik dazu, daß Frauen häufiger an psychosomatischen Hauterkrankungen litten als Männer. Nach FINK und SCHELDERN erkrankten Frauen dreimal häufiger als Männer an Urticaria. ALEXANDER findet bei vielen Asthmatikern den unbewußten Wunsch, von der Mutter geschützt und geborgen zu werden. Gegen die verdrängte Mutterbindung entwickeln die Kranken die verschiedensten Formen der Abwehr. Beinahe jedes Ereignis, das den Asthmater von der Mutter zu trennen drohe, sei imstande, einen Asthmaanfall auszulösen.

Andere Autoren setzen die Persönlichkeitsstruktur in Beziehung zur Pathogenese der Allergie. DUNBAR hat durch zahlreiche Profilstudien statistische Korrelationen zwischen Persönlichkeitstyp und Krankheit erarbeitet. HAN-HARDT findet unter Allergikern häufig "Neuropathen", Menschen von hohem sozialen Niveau und hoher Intelligenz. Er schildert sie als weiche, empfindsame Naturen, die dennoch im Lebenskampf aktiv und erfolgreich seien. Nach TAMARIN sind viele Asthmater insofern "neurotische" Persönlichkeiten, als bei ihnen Perioden von Aktivität im Wechsel stünden mit äußerster Inaktivität, die schließlich in einem Asthmaanfall gipfele. THIEMANN definiert zwar keinen bestimmten Astmatyp, er erwähnt aber, daß Asthmater zu höchster Pflichterfüllung, zu mangelndem Selbstwertgefühl und zu Eifersucht neigen. BOSS betrachtet einen krankhaften Mangel an Selbstständigkeit und Abhängigkeit von der Mutterfigur als typische charakterliche Merkmale des Asthmakranken. Man kann sich fragen, ob bestimmte Charakterstrukturen primär vorliegen, oder ob sich die Persönlichkeit erst sekundär, in Reaktion

auf das Leiden verändert habe, zumal sich gerade die Urticaria als chronisch rezidivierende Hautkrankheit besonders heftig auf die Psyche auswirken kann. BORELLI meint dazu, daß zwar eine gewisse Reaktion auf das Leiden möglich sei, daß aber die Grundstruktur der Persönlichkeit bereits im dritten bis vierten Lebensjahr festgelegt sei. Nach KLAUDER sind manche Fälle psychogener Urticaria als unspezifische Reaktionen auf emotionelle Reize in einem bodenlosen und bindingslosem Menschen aufzufassen. Meist läge allerdings eine familiäre allergische Belastung vor. SAUL und BERNSTEIN finden eine Beziehung zwischen Urticaria und unterdrücktem Weinen. ALEXANDER hat oft beobachtet, daß Urticariaattacken in einem Weinkrampf enden. KEPECS, ROBIN und BRUNNER wiesen experimentell nach, daß die flüssige Sekretion der Haut beim Weinen zunimmt.

Der Pruritus als führendes Symptom der Urticaria ist nach SACK sowie BORELLI Ausdruck einer nicht ausgelasteten vita sexualis und das Kratzen sei Ausdruck einer Aggressivität, die keinen Ausweg finde und sich gegen die eigene Person richte. Zu den Versuchen, einen bestimmten Persönlichkeitstyp für eine Krankheit zu definieren, sagt ALEXANDER: "Mysteriöse und unbestimmte Korrelationen zwischen Persönlichkeit und Krankheit existieren nicht, ihnen kann nur ein relativer oder zufällig bedingter Wert beigegeben werden." Er führt eine strenge Trennung durch zwischen Neurosen, die durch einen Prozeß der Symbolisierung entstehen, und psychosomatischen Krankheiten, die nach seiner Ansicht die Auswirkungen eines spezifischen Konfliktes sind. Beim Asthma entstehe der Konflikt aus dem Widerstreit zwischen dem infantilen Wunsche, von der Mutter geschützt zu werden, und der Notwendigkeit, sich als erwachsener Mensch aus der Abhängigkeit zu lösen. Neben dem allergischen Reiz bewirke dieser Konflikt durch Irritation vegetativer Bahnen einen Spasmus der Bronchialwand. In manchen Fällen könne ein Asthmaanfall nur durch Summation beider Reize, des allergischen und des emotionellen, ausgelöst werden. Hier genüge die Eliminierung des psychischen Reizes, um

das Asthma zu heilen, und nur so seien die durch Hypnose und Suggestion erzielten therapeutischen Erfolge zu erklären.

Darüberhinaus werden noch andere Konflikte oder seelische Regungen für die Entstehung von Asthma und Urticaria verantwortlich gemacht. JORES sieht in dem asthmatischen Geschehen einen Ausdruck höchster Daseins- und Existenzangst eines mitleidbedürftigen, schwächlichen Menschen. LEIGH und DOUST zeigen, daß Angst und emotionelle Spannungen mit Anoxämie einhergehen, die entweder durch motorische Affektausbrüche wie Lachen und Schluchzen zu überwinden sei oder in einen Asthmaanfall übergehe. Nach ELHARDT können sich Trieb und Angst bei verdrängter seelischer Erlebnisseite körperlich manifestieren. Hierbei kann das Auftreten körperlicher Beschwerden, oder die "Konversion" im Sinne FREUDs, symbolische Bedeutung haben. Nach VÖLKEL findet eine symbolhafte Umsetzung auf dem Weg des bedingten Reflexes statt. SACK sagt dazu, daß das Studium der bedingten Reflexe in der Analyse der allergischen als auch der neurotischen Mechanismen weiterführen könne und daß sich von hier aus eine Brücke zwischen beiden Erscheinungen schlagen lasse.

Viele Autoren betonen die symbolische Bedeutung der psychogenen Dermatosen, insbesondere der Urticaria, da ja die Haut Ausdrucksorgan für Emotionen ist (Erblassen, Erröten und Schwitzen), und da ihr als Grenzorgan zur Umwelt ohnehin symbolische Bedeutung zukommt. Nach CORMIA spiegelt sie die Persönlichkeit und ihre Lebensbelastung wieder; HÄFNER und FREYBERGER bezeichnen sie als Austragsort der existentiellen Auseinandersetzung mit der Welt. Sie finden bei Urticariapatienten schwere Kontaktstörungen und ein rationell-distanziertes Verhalten als Verteidigung. Sie beschreiben einen Patienten mit Urticaria, der in der Jugend ohne elterliche Liebe aufwuchs und später Störungen in den mitmenschlichen Beziehungen aufwies. Bei der Unfähigkeit, sich aktiv durchzusetzen, suchte der Patient Selbstbestätigung durch hervorragende Leistungen. Nach mehrmaligem Versagen, das er selbst durch verdoppelte Anstrengungen nicht ausgleichen konnte, erkrankte er zweimal an Angina tonsillaris und darauf an Urticaria.

Bei allergischen und labilen Personen kann Urticaria als direkte Folge eines aktuellen Konfliktes auftreten. KREIBACH und SOBOTKA lösten bei einem Patienten mit chronischer Urticaria immer dann einen akuten Schub aus, wenn sie ihn mit einer affektbeladenen Vorstellung konfrontierten. GRAHAM und WOLF fanden durch Messungen an 30 Urticariapatienten einen Anstieg der Hauttemperatur und einen Abfall der Dermographismusschwelle, sobald sie ihnen Begebenheiten aus der eigenen Biographie ins Gedächtnis riefen, die sie sehr erregten. Das stimmt mit den Ergebnissen von BORELLI überein, der unter ähnlichen Bedingungen eine Änderung des psychogalvanischen Phänomens der Haut findet. Er hält das psychogalvanische Phänomen für die geeignetste Meßgröße, um psychische Vorgänge zu objektivieren, die unter Vermittlung des Gehirns und des Gefäßnervensystems eine Reaktion der Haut bewirken.

Für KLEINSORGE haben psychische Faktoren nur insofern auf die Allergie Einfluß, als sie die Reizschwelle für die allergische Reaktion senken. Ferner könne ein gebahnter reflektorischer Mechanismus auch ohne spezifischen Allergenreiz allergische Schübe auslösen. Die Definition eines bestimmten Persönlichkeitstyps, einer spezifischen Konfliktsituation, sowie tiefenpsychologische Symptomdeutungen hält er für bedeutungslos.

Die Syndromsynchronizität, d. h. das gleichzeitige Vorkommen von psychosomatischer Störung und einer organischen oder psychiatrischen Erkrankung, behandelt SPIEGELBERG. Er meint, daß Neurosen und psychosomatische Störungen am häufigsten korreliert sind, daß diese aber auch bei der Zyklothermie anzutreffen seien. Es dürfe im Hinblick auf Neurosen nicht allein die Psychodynamik, d. h. die erlebnisreaktive Herleitung, berücksichtigt werden, da für das tiefere Verständnis die Kenntnis der vitalen Schicht der Person unerläßlich sei. Wie LÓPEZ IBOR betont er die Bedeutung endogenbiologischer Faktoren, mit denen sich der folgende Abschnitt beschäftigt.

b) Allergosen und Erkrankungen des manisch-depressiven
Formenkreises

HANSEN faßt die Allergien als ein organisch-physikalisches Geschehen auf, das allenfalls durch psychische Einwirkungen gesteuert werde; seiner Ansicht nach kann aber eine ausschließliche Betrachtung der Antigen-Antikörper-Reaktion die Allergievorgänge nicht allein klären. Er weist darauf hin, daß nach seinen Beobachtungen viele Asthmatiker Züge von manisch-depressivem Irresein trügen und überläßt es den Psychiatern, möglichen Zusammenhängen nachzuforschen. SPIEGELBERG stellte 1955 durch einzelkasuistische Untersuchungen fest, daß Zykllothymie und Allergosen sowohl synchron als auch alternierend vorkommen können. Seiner Meinung nach kommen Psychosen, besonders die des manisch-depressiven Formenkreises, durchaus als ätiologische Faktoren für Organstörungen in Betracht. Er beschreibt einen Fall von allergisch bedingtem Bronchialasthma, dessen erste allergische Manifestation in chronisch-katarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege bestand. 20 Jahre später trat eine depressive Phase auf. Nach jahrelangem beschwerdefreiem Intervall setzten Depression und Asthma beinahe gleichzeitig ein, denn vier Tage nach dem Ausbruch der Psychose erfolgte bei dem rastlosen und verstimmtten Patienten ein schwerer Asthmaanfall. HOCH kommt nach der Untersuchung sämtlicher Patienten einer neurologisch-psychiatrischen Klinik in Indien zu dem Schluß, daß von allen psychiatrischen Patienten diejenigen mit MDI insgesamt am meisten unter psychosomatischen Krankheiten litten. Allergisch bedingtes Asthma beobachtet sie jedoch häufiger bei Kranken mit paranoiden Psychosen. Sie gibt folgende Zahlen an:

Diagnost.	Psychosomat. Manifestationen	
	Asthma %	Ekzem, Hauterkrank. %
Schizophrenie	3,3	2,7
MDI	2,1	3,1
Neurosen	2,8	3,3
Erkr. d. ZNS	4,6	1,6

Dem entspricht die Feststellung von WINZENRIED, derzufolge die im 30. bis 40. Lebensjahr am häufigsten vorkommenden paranoiden Psychosen eine Beziehung zu körperlichen Krankheiten haben sollen. WINZENRIED und GEHLKEN halten die Beziehungen phasischer Psychosen zu Asthma und rezidivierender Urticaria für den Ausdruck einer periodisch-phasischen Rhythmik und stützen sich auf eine Statistik von SLATER, in der eine anlagebedingte Rhythmik bei phasischen Psychosen nachgewiesen wird. WINZENRIED bezeichnet Allergie als eine Schwellenänderung der Reaktion auf Innen- und Außenreize. Ihre Beziehung zu endogenen Psychosen gründet sich nach seiner Ansicht auf eine durch das Anlagesystem gesteuerte Periodik. Die psychotische Phase stellte einen bestimmten Zeitabschnitt innerhalb dieser Periodik dar, die von hereditären, konstitutionellen und lebensalterlichen Faktoren beeinflusst werde. Für das Alternieren somatischer und psychischer Erkrankungen gebraucht er den Begriff des Feldwechsels. Nach Untersuchungen an 32 Asthmakranken finden SABBATH und LUCE, daß die Psychose in 19 Fällen nach dem Asthma auftritt, und in 11 Fällen verzeichnen sie ein alternierendes Vorkommen beider Erkrankungen. Sie nehmen an, daß eine direkte Proportion zwischen der Stärke der asthmatischen Symptome und dem Teil der Persönlichkeit bestehe, der von der Psychose verschont sei. Daher sei es erklärlich, daß Asthma und Psychose sowohl gleichzeitig als auch im Wechsel miteinander aufträten. LEIGH und DOUST halten das Zusammentreffen von Asthma und Psychose für rein zufällig und stützen sich auf Beobachtungen an 28 psychiatrischen Patienten mit typischen asthmatischen Attacken, bei denen sie weder statistische noch kasuistisch-klinische Auffälligkeiten fanden. Die Tatsache, daß Asthma und Geisteskrankheit sich scheinbar häufig gegenseitig ausschließen, veranlaßt FUNKENSTEIN zur Annahme einer vegetativen Tonusänderung. Er injiziert 7 Patienten Epinephrin-Mecholyl und verfolgt die Blutdruckänderungen während der Asthmaperiode und der asthmafreien, psychotischen Zeit. Er findet während der Psychose einen erhöhten Sympathicustonus und in der Asthmaperiode einen gesteigerten Parasympathicustonus. Der veränderte, sympathicotrope Tonus ist für

ihn die Erklärung dafür, daß das Asthma mit dem Beginn der Psychose zurückgeht. GREEN stellt fest, daß die Asthmaanfälle möglicherweise durch die erhöhte Steroidproduktion während der Psychose zurückgehen können, trotzdem hält er die Behauptung für falsch, daß Asthma und Psychose einander ausschließen. Er demonstriert dies an dem Fall einer 50-jährigen Frau, die seit dem 4. Lebensjahr an gelegentlichen Asthmaattacken leidet. Sie erkrankt mit 48 Jahren innerhalb von 17 Monaten sechsmal an manischen Phasen mit gleichzeitigen Asthmaanfällen, daneben hat sie drei depressive Schwankungen, von denen wiederum zwei mit Asthma einhergehen. Außerdem treten vier kurze Asthmaanfälle ohne psychopathologische Auffälligkeiten auf. Die These, daß psychosomatische und psychotische Störungen einander ausschließen, sei nicht haltbar; die meisten Beobachtungen gingen dahin, daß sowohl alternierendes als auch synchrones Vorkommen möglich sei.

Mit den Beziehungen der chronischen Urticaria zu zirkulären vitalen Verstimmungszuständen beschäftigen sich WINZENRIED und GEHLKEN. Ihre Untersuchungen an 50 Fällen mit chronischer Urticaria bestätigen die Erkenntnis HANHARDTs, daß die erbliche Belastung ein wichtiges kausales Moment sowohl für endogene Psychosen als auch für die allergische Disposition ist. In folgendem Schema sind ihre Erkenntnisse über die hereditäre Belastung bei 50 Patienten mit chronischer Urticaria dargelegt.

Erbf. Belastung	Eigene Anamnese		
	k	p	davon +k
v + m = 18	7	11	11
v = 9	2	7	5
m = 14	6	8	6
ohne Belastg. 9			

v = väterlicherseits
m = mütterlicherseits
p = vitale endogene Verstimmung
k = chron. rez. körperliche Erkrankung
(Asthma, Ulcus, Rheuma, Angina usw.)

Bei Familienangehörigen von 26 Patienten, also in mehr als der Hälfte aller Fälle finden sich phasenhafte vitale Verstimmungszustände, die darüberhinaus bis auf vier Ausnahmen von chronischen rezidivierenden Krankheiten begleitet sind. Bei 15 Patienten werden chronisch-körperliche Krankheiten in der Familienanamnese entdeckt. Den Autoren zufolge wiederholen sich in der Anamnese des Patienten oft die somatischen und psychischen Krankheiten der Aszendenz. Psychiatrische und somatische Erkrankungen treten nach dem Zusammenreffen der Leiden aus zwei Generationsreihen in polare Beziehung zueinander. Die Symptome können sich dann wechselweise im somatischen oder psychischen Feld manifestieren oder beide Erkrankungen vereinigen sich zu einem psychosomatischen Bild mit weitgehend hypochondrisch ausgestalteter Beschwerde. WINZENRIED und GEHLKEN zeigen, daß die Ersterkrankungen an phasischen Verstimmungszuständen am häufigsten um das zweite Lebensjahrzehnt auftreten und danach geringer werden. Dafür nehmen jetzt die Ersterkrankungen an Urticaria zu und erreichen etwa im 20. bis 30. Lebensjahr ihr Maximum. Wenn so die Weichen für die Abläufe des somatischen oder psychischen Geschehens gestellt sind, treten die Rezidive in allen Lebensaltern gleich häufig, nach eingengesetzlicher und gleichgeschalteter Periodik ein. Das Alternieren der Symptome: Urticaria - vitale Verstimmung ist nach der Meinung der Autoren von exogenen Faktoren unabhängig und rückt endogen-rhythmische Vitalabläufe in den Vordergrund.

ENG-KUNG-YEH beschreibt einen einzelnen Fall von Urticaria und Psychose:

Eine 36-jährige Frau, die in unharmonischen Familienverhältnissen aufwuchs, wird zu dem Zeitpunkt von einer heftigen Urticariaattacke befallen, als sie in ihrer Umgebung auf heftige Kritik und Ablehnung stößt. Die Urticaria ist von einer halluzinatorischen Psychose gefolgt, die auf ES-Behandlung hin zurückgeht. Jedoch tritt danach ein neuer Urticariaschub auf. Später kommt es noch einmal zur Psychose, diesmal aber ohne einen Urticariaanfall.

c) Allergosen und Schizophrenie

Die Beziehungen schizophrener Psychosen zu Erkrankungen des allergischen Formenkreises nehmen in der Literatur einen geringen Raum ein. Das Zusammentreffen mit Allergien kommt unter den endogenen Psychosen am häufigsten bei der Zykllothymie vor, zumindest ist es hier häufiger beschrieben worden. SPIEGELBERG ist der Ansicht, daß die Zykllothymie als Gemütskrankheit eher mit psychosomatischen Störungen einhergehe, als die Schizophrenie, die als Geisteskrankheit weniger somatotrop zu sein scheine. Bei seinen Untersuchungen über die Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten stützt er sich auf 9 Fallbeschreibungen, bei denen sowohl endogene Psychosen als auch psychosomatische Körperstörungen vorhanden sind. Darunter befinden sich 2 Fälle von Prozeßpsychosen in Verbindung mit allergischen Krankheiten. Bei dem einen Patienten treten Schizophrenie, Asthma und Neurodermitis nach dem zweiten schizophrenen Schub synchron auf. In der Familienanamnese finden sich Asthma und Milchschorf. Bei dem zweiten, erblich nicht belasteten Patienten stehen die schizophrenen Schübe mit Heuschnupfen- und Urticariaattacken im Wechsel. EDERLE, der ebenfalls nach möglichen Zusammenhängen zwischen Allergien forscht, findet bei Allergikern vorwiegend schizothyme Stimmungsschwankungen im Sinne sensitiver Reizbarkeit und ärgerlicher nervöser Verstimmung. Damit widerspricht er HANSEN, der eine Relation zwischen Zykllothymie und Allergie vermutet. BELLAK glaubt, daß Schizophrenien des Jugendalters und viele Schizophrenien mit körperlichen Stigmata bei Erwachsenen hinreichend zu verstehen seien als Folge einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung und deren schädigenden Einfluß auf die Entwicklung des Ichs. VAUGHAN und SULLIVAN gehen von der Beobachtung aus, daß die allergische Reaktionsbereitschaft bei erwachsenen Schizophrenen herabgesetzt ist. Nach Injektion von Pertussis-Vakzinen bei 27 männlichen Schizophreniepatienten und 17 gesunden Kontrollpersonen finden sie bei den Schizophrenen eine statistisch signifikante Verminderung der Fähigkeit, Antikörper zu bilden. FUNKENSTEINS Beobachtung, daß man bei Schizophrenen bedeutend höhere Dosen von Antigenen benötigt, um eine gleich starke Reaktion zu erzielen, ist ebenfalls von Interesse.

experimentelle Ergebnis. MOLHOLM findet bei schizophrenen Patienten eine herabgesetzte Empfindlichkeit gegenüber Fremdeiweiß. In die gleiche Richtung weisen die Fallbeschreibungen KESSELBAUMS, der bei 10 Patienten mit Dementia praecox und Asthma einen Rückgang des Asthmas beim Ausbruch der Geisteskrankheit verzeichnet.

d) Allergosen und neurologische Erkrankungen

In der Literatur, die sich mit den möglichen Beziehungen zwischen Allergie und Zentralem Nervensystem beschäftigt, sind im wesentlichen zwei verschiedene Standpunkte vertreten. Einige Autoren gehen davon aus, daß das Nervengewebe als Schockorgan von der allergischen Reaktion betroffen wird und diskutieren die allergische Genese zentralnervöser Krankheitsbilder. Die andere Ansicht geht dahin, daß die Allergie erst durch Einwirkung nervöser Impulse ermöglicht wird und daß die Ursache der allergischen Disposition in einer Alteration teils bekannter, teils unbekannter Bezirke des zentralen Nervensystems zu suchen ist.

So liegt z. B. der serogenetischen Polyneuritis eine Gewebsreaktion zugrunde, die zu Ödem und Verquellung des Nerven führt und die von RÖSSLE als seröse Entzündung bezeichnet wird. Das häufige Auftreten nach Schutzimpfungen, die begleitende Urticaria und das typische, von BANNWARTH zuerst festgestellte Liquorbild mit Pleocytose und Eiweißvermehrung sichern nach der Ansicht von SCHALTENBRAND die Behauptung, daß die Polyneuritis durch eine überschießende AA-Reaktion verursacht werde. ELSÄSSER sowie ADELSBERGER und MUNTER beobachten ein häufiges Zusammentreffen von Polyneuritis, Urticaria und Heufieber und KLINGE findet, daß impfgeschädigte Personen mit Plexus-Brachialis-Neuritis zu einem hohen Prozentsatz aus Allergikerfamilien stammen. PETTE sieht in der MS die Folge einer besonderen allergischen Disposition des nervalen Schockgewebes und zählt sie zu den infektiionsallergischen Erkrankungen. HANSEN schätzt die Häufigkeit der allergischen Migräne auf 60 - 70 %. BALEYAT und RINKEL fanden bei 81 % untersuchter Migränepatienten gleichzeitig eine oder mehrere Allergieformen. Nach HANSEN und GRONEMEYER sind bei

rezidivierender Amaurose, Enzephalitis, lymphozytärer Meningitis und corticalen Krampfanfällen allergische Faktoren zu berücksichtigen. MC ALLISTER und HECKER finden ein häufigeres Vorkommen allergischer Reaktionen bei Epileptikern und BING hält Urticaria für ein mögliches Äquivalent der epileptischen Aura. DOERR hält die allergische Reaktion für einen vorwiegend physikalisch-chemischen Vorgang, der höchstens durch periphere Nervenimpulse gesteuert werden könne. Eine Steigerung der allergischen Reaktion beobachteten KAYSERLING und MATHIES nach Entnervung des Schockgewebes und KÄMMERER beschreibt das Auftreten von Urticaria auf der gelähmten Seite bei Hemiplegikern.

Auf der anderen Seite steht die Annahme, daß die Antikörperbildung und der Grad der allergischen Reaktionsbereitschaft von der Funktion des Nervensystems abhängen. BOGENDÖRFER wies im Tierexperiment nach, daß trotz hoher Antigenzufuhr die Antikörperbildung nach hoher Halsmarkdurchtrennung ausbleibt. HEILIG und HOFF messen dem striopallidären System eine große Bedeutung für die Antikörperbildung zu. Eine zentrale Stellung in der Steuerung vegetativer und allergischer Vorgänge nimmt das Zwischenhirn mit den vegetativen Zentren für Kreislauf und Atmung ein. Nach LÓPEZ IBOR existieren im Dienzephalon Nervenstrukturen, die nicht nur die vegetativen Funktionen, sondern auch die Affekte regulieren und nach PIPKORN lassen sich sowohl emotionelle Auffälligkeiten als auch allergische Symptome durch Störungen des Zwischenhirns erklären. VEIL und STURM rechnen das Asthma bronchiale den Dienzephalosen zu, und HOFF bringt es in Zusammenhang mit einem Ödem der Thalamus-Hypothalamus-Gegend. GAGEL erwähnt, daß Urticaria und Quincke-Ödem gut auf Stammhirn-Narkotika ansprechen, daß man daher das Zwischenhirn für ihre Entstehung in Erwägung ziehen müsse. CORMIA konnte in einem Fall Urticaria durch elektrische Thalamusreizung auslösen. Eine andere Gruppe von Autoren diskutiert die zentrale Beeinflussung allergischer Vorgänge. JASPER und PENFIELD erzielten z. B. durch elektrische Reizung der Hirnrinde Schockfragmente, u. a. Urticaria. Nach MAC LEAN sowie PAPEZ sind die Rindenareale des

Rhinenzephalons und des Temporallappens steuernde übergeordnete Zentren für allergische und vegetative Reaktionen. Nach der Ansicht von BOCHNIK übt das Stirnhirn eine dämpfende Wirkung auf die vegetativen Funktionen aus. Er referiert, daß durch Reizung der Frontalrinde, insbesondere ihrer orbitalen Fläche, spontane vegetative Schwankungen im Sinne einer frontalen Moderationsstörung auftreten. Der genaue Mechanismus, mit dem das Zentralnervensystem in das allergische Geschehen eingreift, ist nicht bekannt; nach DIAZONO und METALNIKOW können Antikörper nach der Bahnung eines bedingten Reflexes allein durch den bedingten Reiz gebildet werden, jedoch ist diese Theorie noch umstritten.

METHODE

Die eigene Studie stellt einen Teilbeitrag zu statistischen Untersuchungen größeren Umfanges dar, in denen mehrere psychosomatische Fragestellungen berücksichtigt werden. Das spezielle Thema der Allergie durfte bei den eigenen Untersuchungen zunächst nicht besonders hervorgehoben werden, und es wurde keinerlei Auswahl des Patientengutes vorgenommen. Ziel der Sammelstatistik ist es, die Daten von mindestens 1000 Patienten auszuwerten. Das Vorgehen aller beteiligten Untersucher ist gleich und richtet sich weitgehend nach der von BOCHNIK empfohlenen Methode der multifaktoriellen Analyse. Dieser ist ein klinisches Strukturmodell zugrundegelegt, in dem eine Krankheit als Resultante der folgenden drei Faktoren zu verstehen ist:

- 1) Persönlichkeit in ihrer leiblichen und seelisch-geistigen Artung;
- 2) Sozialfelder, d. h. Berufssphäre, Nachbarschaft, Gemeinde, Weltanschauung, Religion;
- 3) Krankheit oder Leiden im engeren Sinne - Art, Schwere, Verlauf.

Jeder dieser drei Faktoren kann für die Entstehung einer Krankheit ursächliche Bedeutung haben. Um über den Schwerpunkt des Leidens Aufschluß zu gewinnen, sind eine Reihe von Informationen aus allen drei Bereichen notwendig. Bei unseren Untersuchungen wurden 114 Einzelmerkmale erfragt. Unter Ziffer 68 des auf Seite 25 bis 26 erläuterten Fragechemas hat jeder Untersucher eine Schätzung hinsichtlich des Schwergewichtes der ursächlichen Momente bei dem einzelnen Krankheitsfall vorzunehmen. Das Gesamtergebnis einer Untersuchung wird sichtbar machen, welche von ihnen für die vorliegende Krankheitsform hauptverantwortlich sind. Die von jedem Patienten erhaltenen Informationen sind als Zahlen verschlüsselt in einem vorgedruckten Schema festgehalten, dessen genaue Beschreibung im weiteren folgt. Nach Vollendung der Sammelstatistik sollen alle Informationen mit einer elektronischen Rechenmaschine ausge-

wertet werden. Darauf muß allerdings vorläufig noch verzichtet werden, da erst 662 Ergebnisse vorliegen. Trotzdem scheint diese Anzahl den Versuch zu rechtfertigen, auch jetzt schon eine Auswertung nach der konventionellen statistischen Art vorzunehmen.

EIGENE UNTERSUCHUNGEN

Es war die Aufgabe, mindestens 80 Fälle aus dem Krankengut der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik in Marburg zu untersuchen, davon entfiel die eine Hälfte auf Krankengeschichten des Jahres 1964, aus denen die erforderlichen Daten entnommen wurden. Die andere Hälfte bestand aus Explorationen, die an Patienten der Klinik vorgenommen wurden. Es sollte nicht von vornherein nach dem Gesichtspunkt psychosomatischer oder allergischer Erkrankungen gefahndet werden. So wurden die Krankengeschichten nach der Reihenfolge ihrer Nummern herausgegriffen. Auch die direkt befragten Patienten wurden ohne Auswahl, d. h. unabhängig von der durch den Stationsarzt gestellten Diagnose exploriert, wobei sich die Reihenfolge hier nach dem Datum der Aufnahme richtete.

Allen Untersuchungen zugrunde lag der schon erwähnte Fragebogen, dessen Aufteilung kurz erläutert werden soll.

Nach einigen personalen Daten folgt eine zusammenfassende Diagnose, sowie eine knappe Wiedergabe der Therapie. Sozialniveau, Familienstand und Bildungsgang werden erfragt und in die für den Patienten zutreffenden Zahlen verschlüsselt am Rand des Bogens eingetragen. Das Hauptleiden, das im allgemeinen mit der am Kopf des Bogens eingetragenen Diagnose übereinstimmt, wird eingehender mit insgesamt 6 Punkten behandelt, die seine Dauer, die Verlaufsform und die Diagnoseklasse sowie die Prognose betreffen.

Die Ziffern 39 - 50 beziehen sich auf die Primärpersönlichkeit, d. h. hier werden diejenigen Wesenszüge des Patienten aufgeführt, die vor dem Ausbruch seiner Krankheit, ja auch in seiner frühen Jugend die Gesamtheit seines Charakters ausmachten. Eine Wesensveränderung, die möglicherweise als Folge der Krankheit aufgetreten ist, wird gesondert berücksich-

tigt. Der Persönlichkeit sowie der Umwelt mit konflikterzeugenden Konstellationen kommt ja in der Pathogenese psychosomatischer Krankheiten große Bedeutung zu. Daher enthalten die Ziffern 55 - 63 Informationen aus dem sozialen Milieu. Die Zahlenreihe am Ende des Bogens beinhaltet ergänzende, von SPIEGELBERG erarbeitete Fragen. Da die Ziffern nicht fortlaufend nummeriert sind, tritt nach Ziffer 84 ein Zahlensprung auf, der durch die Technik der Auswertung zu erklären ist und für unsere Fragestellung keine Bedeutung hat. Davon betreffen die Ziffern 51 - 53 die Familienanamnese und die Ziffern 54 - 60 beschäftigen sich mit den psychosomatischen Krankheiten in der Eigenanamnese. Die Punkte 56 und 57, die die Erkrankungen des eigenen Themenkreises enthalten, sollen ganz aufgeführt werden:

Zahlenreihe am Ende des Bogens:

56 (= 90 bei fortlaufender Numerierung)

Allergosen

0 = nicht gefragt, nicht notiert oder dgl.

1 = sicher oder höchstwahrscheinlich nicht vorhanden

2 = Asthma bronchiale

3 = Urticaria

4 = Heuschnupfen

5 = Sonstige (außer Hautkrankheiten)

6 = Mehrere (außer Hautkrankheiten)

57 (= 91 bei fortlaufender Numerierung)

Hautkrankheiten (ohne Urticaria)

0 = nicht gefragt, nicht notiert oder dgl.

1 = sicher oder höchstwahrscheinlich nicht vorhanden

2 = Ekzeme, Milchschorf oder dgl.

3 = Neurodermitis

4 = Psoriasis vulgaris

5 = Alopecia areata oder totales

6 = Sonstiges

Klinik:

Kg-Nr.:

behandelt von:

bis:

Vorname:

Initial d. Nachnamen:

geboren am:

Nationalität:

Hauptdiagnosen:

Alle Nebendiagnosen:

Therapie:

1. Kostenträger: RVO 3.Kl.(1), EK 3.Kl.(2), S.3.Kl.(3), RVO o. EK zusätzlich, 1.o.2.Kl.(4), S. 2.Kl.(5), S.1.Kl.(6), KB-BVG (7), übrige (wie Geräte)(8), Fürsorge (9)

2. Geschlecht: männlich(1), weiblich(2)

3. Familienstand: ledig(1), verheiratet(2), geschieden(3), verwitwet(4), verwitwet u. wiederverheiratet(5), geschieden u. wiederverheiratet(6)

4. Zahl der Kinder: (Bitte direkt eintragen)

5. Wohnort: Dorf(1), Kleinstadt(2), Mittelstadt(3), Großstadt(4)

6. Sozialniveau: Elend(1), unter Durchschnitt(2), Durchschnitt (ca. DM 800,- bis DM 1500,- monat. Einkommen) (3), über Durchschnitt(4), reich(5), sehr reich, Luxus(6)

Zum Beruf:

7. Letzte berufl. Tätigkeit als: Arbeiter(1), Angestellter(2), Beamter(3), Freiberufl., Selbständiger(4), noch in Ausbildung(5)

8. Abgeschlossener, bzw. gegenwärtig beschrittener Bildungsweg: nicht schulfähig(1), Hörschule(2), Volkshochschule(3), Mittelschule(4), Oberschule, Gymnasium(5), Fachschule(6), Hochschule, Akademie, Universität(7), andere(8)

9. Jetziger Status: Schulausbildung, (Studium) (1), Berufsausbildung(2), im Berufsleben(3), Rentner(4), nur Hausfrau(5), berufstätige Hausfrau(6), zum Wehrdienst eingezogen(7)

Falls invalidisiert:

10. Invalidisierungsurache: oben genanntes Hauptleiden(1), oben genanntes Nebenleiden(2), Berufsunfähigkeit(3), Wehrdienstbeschädigung(5)

11. Lebensalter bei Invalidisierung: bis 25 J.(1), bis 30 J.(2), bis 35 J.(3), bis 40 J.(4), bis 45 J.(5), bis 50 J.(6), bis 55 J.(7), bis 60 J.(8)

12. Aufnahmegrund: Begrenzung-sozial(1), Begrenzung-zivilrechtl.(2), Begrenzung sträfrechtl.(3), Behandlung eines akuten Zustandes ohne chron. Hintergrund(4), akute Verschlechterung eines chron. Leidens(5), Behandlung eines chron. Leidens ohne aktuellen Anlaß(6), Verkehrsunfall(7), Betriebsunfall(8), anderer Unfall(9)

13. Alkoholrausch bei Aufnahme: nein(1), Nebenbündel(2), Einweisungsgrund(3)

14. Senile Veränderungen: keine 1-2-3-4-5 sehr schwere

15. Entstehungsart des Hauptleidens: Tumor(01), Trauma(02), infektiös u. entzündlich(03), Allergie(04), körperl. u. seel. Überbelastung(05), degenerativ(06), hereditär, endogen(07), Arzneimittelmißbrauch(08), Alkoholmißbrauch(09), sonst. Intoxikationen(10), noch unbekannt(11)

16. Diagnoseklassen: (Organischwertpunkt): Psychosen(01), Nervensystem(02), vegetative Dyskinesien(03), Sinusorgane(04), endokrines System(05), Herz-Kreislauf(06), Genitalorgane(07), Muskelskelettsystem(08), Nervenleitungsstörungen(09), Geschlechtsorgane(10), Magen und Darm(11), Mundhöhle und Ösophagus(11), Leber und Gallenblase(12), Pankreas(13), Blut und blutbildende Organe(14), Bewegungsapparat(15), Haut(16), Simulation(17), Rentenbezogen(18)

In welche Diagnoseklasse fällt das Hauptleiden:

18. In welche Diagnoseklasse fällt das 1. Nebenleiden:

19. In welche Diagnoseklasse fällt das 2. Nebenleiden:

20. Sicherheit der Hauptdiagnose: völlig sicher 1-2-3-4-5 völlig unsicher

21. Verzögerung der Diagnostik: keine(1), krankheitsbedingt(2), durch zögernde Einwilligung des Patienten(2), durch organisatorische Schwierigkeiten(4), durch verschiedene Ursachen(5):

22. Dauer des Hauptleidens bis zur jetzigen Beobachtung: 1 Tag(01), bis 3 Tage(02), bis 1 Woche(03), bis 2 Wochen(04), bis 1 Monat(05), bis 2 Monate(06), bis 3 Monate(07), bis 6 Monate(08), bis 1 Jahr(09), bis 2 Jahre(10), bis 3 Jahre(11), bis 4 Jahre(12), bis 5 Jahre(13), bis 10 Jahre(14), bis 15 Jahre(15), bis 20 Jahre(16), bis 25 Jahre(17), über 25 Jahre(18)

Das Hauptleiden verläuft beim Patienten: (Bitte zutreffende Zahl eintragen)

a) sehr leicht 1-2-3-4-5 sehr schwer

b) ohne Komplikationen 1-2-3-4-5 mit erheblichen Komplikationen:.....

c) akut 1-2-3-4-5 chronisch

d) lokalisiert 1-2-3-4-5 generalisiert

24. Prognose des unbehandelten Hauptleidens: völlig heilbar(1), unheilbar - leichte Störung(2), unheilbar - mittelschwere Störung(3), unheilbar - schwere Störung(4), tödlich binnen eines Jahres(5), tödlich binnen 5 Jahren(6), tödlich, ungewiß wann(7)

25. Prognose beim Patienten vermutlich: völlig heilbar(1), unheilbar - leichte Störung(2), unheilbar - mittelschwere Störung(3), unheilbar - schwere Störung(4), tödlich binnen eines Jahres(5), tödlich binnen 5 Jahren(6), tödlich, ungewiß wann(7)

26. Zustand bei Entlassung: geheilt(1), gebessert(2), ungebessert(3), verschlechtert(4), verstorben(5), Tod durch Selbstmord(6)

27. Weiterbehandlung: keine(1), ambulant(2), stationär(3), Pflegeheim(4), durch Hausarzt(5)

28. Selbstmordneigung: unbekannt(1), ausdrückend o. Äußerung(2), äußerst ernsthaft S-Ideen(3), äußert theatralisch S-Ideen(4)

29. Selbstmordversuche: keine(1), einen(2), zwei(4), mehr als 3 (5)

30. Haupttherapie: keine(01), Udallversorgung(02), sonnt. operativ(03), sonstige physikalisch-konservative Behandl. (04), medikamentös-diätetisch(05), Strahlentherapie(06), pflanzliche Maßnahmen(07), arztl. Gespräch(08), spez. Psychotherapie(09), Schocktherapie(10)

31. Schlafmittel: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(5), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

32. Sedativa am Tag: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(4), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(8)

33. Analgetica: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(5), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

34. Umgang mit Medikamenten: stark ablehnend(1), ablehnend(2), vernünftig(3), begehrend(4), Suchtneigung(5), suchig(6)

35. Verhalten während der Behandlung: sehr tapfer 1-2-3-4-5 sehr ängstlich (Bitte zutreffende Zahl eintragen)
hochgradig schmerzempfindlich 1-2-3-4-5 indolent

36. Gesundheitswille: sehr stark 1-2-3-4-5 will sterben

37.	Stellung zu den Ärzten:	a) Aussehen eines Arztes: nicht zu beurteilen(4)		bei angemessenem Anblick(2), bei nichtigen Anblick(3).	
		b) Treue des Patienten zum Arzt: wechselt häufig und macht andere Ärzte schlecht(4), nicht zu beurteilen(5)			
38.	Im Umgang mit dem Arzt:	sehr schwierig	1 - 2 - 3 - 4 - 5	nicht schwierig	
	<u>Primärpersonlichkeit:</u>	(Bitte zutreffende Zahl eintragen), z. B. (3)			
39.	Antrieb:	schwügend, lahm	1 - 2 - 3 - 4 - 5	schwügend, antriebsreich	
40.	Menschlicher Kontakt:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark	
41.	Körperl. Belastbarkeit:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark	
42.	Seelische Belastbarkeit:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark	
43.	Ehrgeiz, Geltungsbedürfnis:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark	
44.	Vegetativum:	sehr labil	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stabil	
45.	Affektivität:	stumpf, schwer ansprechbar	1 - 2 - 3 - 4 - 5	erregbar, reizbar	
46.	Selbstgeföhl:	sehr selbstunsicher	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr selbstsicher	
47.	Gemut, Emotionalität:	eletahl	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr warmherzig	
48.	Stimmung:	traurig, depressiv	1 - 2 - 3 - 4 - 5	optimistisch, heiter	
49.	Intelligenz:	Schwachmim	1 - 2 - 3 - 4 - 5	hohe Intelligenz	
50.	Sentle Verfall:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr ausgeprägt	
51.	Weesenänderung	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr ausgeprägt	
52.	Auswirkungen der genannten Persönlichkeitsmerkmale auf das Gesamtleiden:				
		sehr günstig(1), günstig(2), keine(3), ungünstig(4), sehr ungünstig(5)			
53.	Fälle Auswirkung vorhanden:	In akuter Phase(1), in d. Rekonvaleszenz(2), in beiden(3)			
	<u>auf Antriebsbehinderung(1), autonome Handlungsunfähigkeit(2), verlängerte Dauer der Behandlung(3), verkürzte Dauer der Behandlung(4), Entlassung gegen Reversal(5), Ansprüche an Pflege(6)</u>				
54.	<u>Umweltbelastung:</u> (Bitte zutreffende Zahl eintragen)				
55.	Wirtschaftliche Lage:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr günstig	
56.	Wohnverhältnisse:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr günstig	
57.	Hausliche Umgebung:	heiß, lablos	1 - 2 - 3 - 4 - 5	warm, besorgt	
58.	Versorgung zu Hause:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr gut	
59.	Familiäre Probleme (Ehem., Kinder):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche	
60.	Ehe- Liebeskonflikte:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche	
61.	Entwurzelung (Flucht, usw., z. B. NS-Verfolgung):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche	
62.	Versäumnung (Äußerer):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche	
63.	Berufliche Probleme:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche	
64.	Auswirkung der genannten sozialen Bedingungen auf das Gesamtleiden:				
		sehr günstig(1), günstig(2), keine(3), ungünstig(4), sehr ungünstig(5)			
65.	Fälle Auswirkung vorhanden:	In akuter Phase(1), in d. Rekonvaleszenz(2), in beiden(3)			
	<u>auf Antriebsbehinderung(1), autonome Handlungsunfähigkeit(2), verlängerte Dauer der Behandlung(3), verkürzte Dauer der Behandlung(4), Entlassung gegen Reversal(5), Ansprüche an Pflege(6)</u>				
67.	<u>Nelung des Patienten, Sozialleistungen auszunutzen:</u> (Vergleichen, Versuchen, Kontrollieren, Beschleunigen u. d. L.):	keine (und danach hinwegseen werden (1), leicht(2), erheblich(3), stark(4), extrem stark(5))			
68.	<u>Schwerpunkt des Gesamtleidens:</u>	Leiden			
		Sozial., Erlebensfeld			
	<u>Bei stationärer Behandlung:</u>				
69.	Stationärer Aufenthalt in Wochen:	(Bitte rechtebndg. direkt eintragen)			
70.	Anzahl der Betten im Pat.-Zimmer:	(Bitte rechtebndg. dreif. eintragen)			
71.	Pat. war auf Station:	immer beteiligt(1), meist beteiligt(2), zeitweise aut(3), immer aut(4)			
72.	Besondere Pflegebedürftigkeit:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr große (z. B. bei Bewußtlosigkeit)	
73.	Im Umgang mit dem Pflegepersonal:	sehr schwierig	1 - 2 - 3 - 4 - 5	nicht schwierig	
74.	Haltung auf der Station:	rechtschaffen, fordernd	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr bescheiden	
75.	Kontakt zu Mitpatienten:	ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5	stark zuehend	
76.	Stellung d. Mitpat. zum Patienten:	ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr zugiehn	
77.	Körpergröße: (gem. über 100 bitte rechtebndg. direkt eintragen, z. B. 172	72			
78.	Gewicht in kg nach Aufnahme:	(Bitte rechtebndg. direkt eintragen)			
79.	Gewicht in kg vor Entlassung:	(Bitte rechtebndg. direkt eintragen)			
	<u>PERSÖNLICHE DATEN DES AUSZULENDEN ARZTES:</u>				
80.	Geschlecht:	männlich(1), weiblich(2)			
81.	Lebensalter:	bis 25 (1), bis 30 (2), bis 35 (3), bis 40 (4), bis 50 (5), bis 60 (6), bis 70 (7), über 70 (8)			
82.	Status:	Medizinpraktant(1), Vollstafeld(2), Oberarzt(3), Chefarzt(4), niedergel. prakt. Arzt(5), niedergel. Facharzt(6)			
83.	Ich frage nach den persönlichen und sozialen Problemen meiner Patienten:	immer(1), häufig(2), nur bei offensichtlichem Grund(3), selten(4), fast nie(6)			
84.	Psychiatrische Kenntnisse:	keine(1), Facharzt für Psychiatrie und Neurologie(2), Psychiater, Kinderärztin(3)			

A horizontal sequence of geometric shapes: a rectangle, a square, a triangle, a circle, a hexagon, a pentagon, a star, a heart, a diamond, and another circle.

Aus den Punkten 74 - 77 geht hervor, in welcher zeitlichen Beziehung die psychosomatische Krankheit zum Hauptleiden steht. Bei psychiatrischen Patienten wird in Ziffer 64 - 66 die Art der Psychopharmakotherapie ausführlich notiert, dazu ihre Wirkungsweise und ihr Heilerfolg. Die für die Psychosomatik wichtigen neurosenpsychologischen und triebdynamischen Einwirkungen der Kindheit sind unter Ziffer 67 und 73 subsummiert.

Zur Auswertung liegen 85 eigene Bögen vor und 577 von anderen Untersuchern.

ERGEBNISSE

Es werden insgesamt 662 Untersuchungsergebnisse ausgewertet, von denen 85 Fälle genauer bekannt sind. Aus diesem Kollektiv wurden zunächst Untergruppen gebildet. Die Einteilung der psychiatrischen Patienten lehnt sich an die von BOCHNIK an, der folgende Diagnosegruppen getrennt berücksichtigt:

- 1) Endogene Psychosen
 - manisch-depressives Irresein
 - Schizophrenie
- 2) Reaktive Störungen im weiteren Sinne
 - Neurose, Psychopathie
 - Alkohol- und Arzneimittelsucht
 - sexuelle Abnormität
 - Gutachten
- 3) Körperlich begründbare Psychosen
 - Schwangerschaftspsychosen
 - Involutionspsychosen

Die Gruppeneinteilung bei Erkrankungen des Zentralnervensystems wird nach der Schwere psychopathologischer Begleitsymptome vorgenommen.

- 4) Zerebrale Krampfanfälle
 - genuine und symptomatische Epilepsie
- 5) Gefäßerkrankungen des Gehirns, Degenerativleiden
- 6) Sonstige Erkrankungen des ZNS
 - Tumoren
 - traumatische Hirnkrankheiten
 - Infektionen (Meningitis, Enzephalitis)
 - Erkrankungen unbekannter Ätiologie, z. B.
Enzephalomyelitis disseminata
- 7) Erkrankungen des peripheren Nervensystems
(Kontrollgruppe)

Da gesunde Personen aus organisatorischen Gründen nicht untersucht werden konnten, wurde eine Vergleichsgruppe aus Patienten mit peripheren neurologischen Störungen gebildet, die jedenfalls weder in der Hauptdiagnose noch in einer der Nebendiagnosen psychiatrische oder neurologisch-zerebrale

Erkrankungen aufwiesen.

Von den 662 vorhandenen Fällen entfallen 332 auf psychiatrische und 330 auf neurologische Patienten. Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Einteilung der 662 Fälle nach den oben erläuterten Diagnosegruppen und nach der Geschlechtszugehörigkeit.

Psychiatrische Patienten			Neurologische Patienten		
N	männl.	weibl.	N	männl.	weibl.
Gr. 1) 1770	80	90	Gr. 4) 48	23	25
Gr. 2) 91	58	33	Gr. 5) 83	36	47
Gr. 3) 71	36	35	Gr. 6) 147	88	59
			Gr. 7) 52	31	21
	174	158		178	162

Tab. 1: Überblick über die Zusammensetzung des Patientengutes, geordnet nach Diagnosegruppen und Geschlechtszugehörigkeit
N = Anzahl der Patienten

Als nächstes wurde ermittelt, wie oft die allergischen Krankheiten und Hauterkrankungen, die unter Ziffer 56 und 57 des Fragebogens oder gegebenenfalls unter den Nebendiagnosen Ziffer 18 - 19 zu finden waren, in den einzelnen Diagnosegruppen auftraten. Die Tabelle 2 gibt sowohl die absoluten als auch die prozentualen Ergebnisse an.

Die Tabelle zeigt, daß unter den allergischen Erkrankungen die Urticaria mit 5,29 % und unter den nichtallergischen Hauterkrankungen Ekzem und Milchschorf ebenfalls mit 5,29 % am häufigsten gefunden wurden, und daß die Neurodermitis mit 0,30 % in den eigenen Untersuchungen am seltensten war. Dieses Zahlenverhältnis wird durch das Diagramm in Abb. 1 veranschaulicht, in dem auf der Abszisse die psychosomatischen Manifestationen mit den Zahlen I bis VII eingetragen

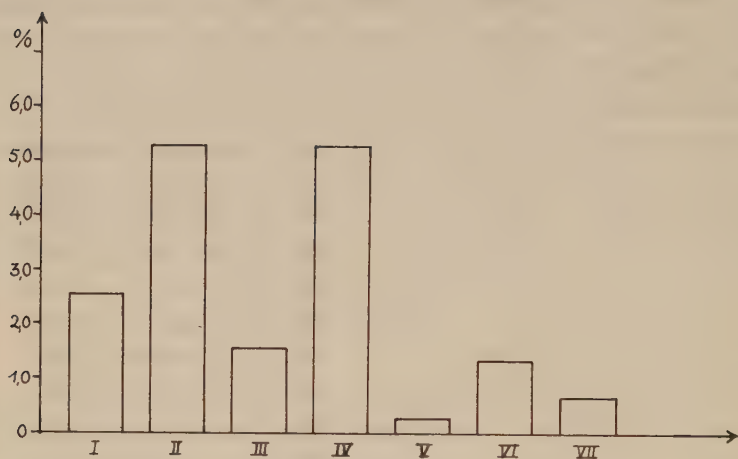


Abb. 1: Vergleich der Häufigkeit der einzelnen psychosomatischen Manifestationen bezogen auf alle untersuchten Patienten
I Asthma, II Urticaria, III Heuschnupfen, IV Ekzem, Milchschorf, V Neurodermitis, VI Psoriasis, VII Alopecia

Diagnose Gruppen N Pat.	I Ashtma	II Urti- caria	III Heu- schnupfen	IV Ekzem- Milch- schorf	V Neuro- dermi- tis	VI Psoria- sis	VII Alope- cia	Summe
170 (Gr. 1)	4 2,36 %	7 4,12%	2 1,18 %	14 8,25 %		4 2,36 %	2 1,18 %	33 19,45 %
91 (Gr. 2)	3 3,3 %	5 5,5 %	2 2,2 %	2 2,2 %	1 1,1%	2 2,2 %	1 1,1 %	16 17,6 %
71 (Gr. 3)	1 1,41 %	4 5,63%	3 4,23 %	5 7,05 %	1 1,41 %	1 1,41 %	1 1,41 %	16 22,55 %
48 (Gr. 4)	4 8,33 %	2 4,17%	1 2,08 %	2 4,17 %				9 18,75 %
83 (Gr. 5)	3 3,62 %	5 6,02%		3 3,62 %		1 1,21 %		12 14,47 %
147 (Gr. 6)	1 0,68 %	11 7,48%	2 1,36 %	9 6,12 %		1 0,68 %	1 0,68 %	25 17,00 %
52 (Gr. 7)	1 1,92 %	1 1,92%						2 3,84 %
S = 562	17 2,58 %	35 5,29%	10 1,51 %	35 5,29 %	2 0,30 %	9 1,36 %	5 0,7 %	113 17,03 %

Tab. 2: Vergleich der Häufigkeit psychosomatischer Manifestationen bezogen auf alle untersuchten Patienten

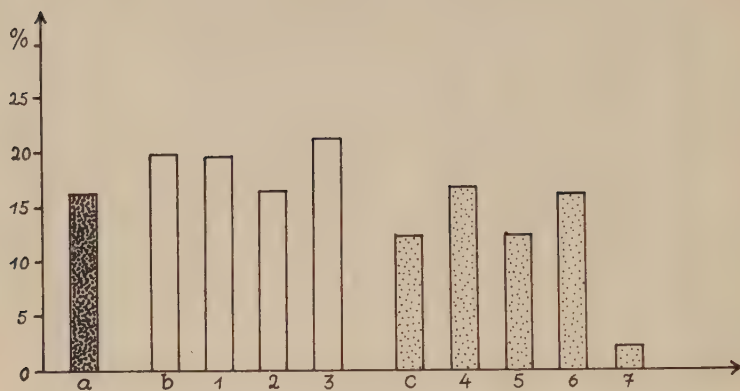


Abb. 2: Prozentuale Häufigkeit psychosomatischer Manifestationen bei allen Patienten und in den Diagnosegruppen 1 bis 7

a) alle Patienten

b) psychiatrische Patienten: 1) endogene Psychosen, 2) Neurose, Psychopathie, 3) körperlich begründbare Psychosen

c) neurologische Patienten: 4) Anfallsleiden, 5) gefäßbedingte und degenerative Leiden des ZNS, 6) Tumoren, Trauma Infektion, Sonstiges, 7) Kontrollgruppe

gen sind (vgl. Tab. 2).

Allergien und Hautkrankheiten wurden bei 113 Patienten, d. h. in 17,07 % gefunden. Dabei liegt der Anteil der positiven Fälle bei psychiatrischen Patienten mit 19,58 % höher als bei den neurologischen Patienten mit 14,54 %.

Abb. 2 verdeutlicht die prozentuale Verteilung der psychosomatischen Manifestationen in den einzelnen Diagnosegruppen. Um Aufschluß darüber zu gewinnen, ob in den einzelnen Gruppen statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit psychosomatischer Manifestationen zu erwarten sind, werden die Vertrauensgrenzen für die erhaltenen Werte aus den "Wissenschaftlichen Tabellen" von GEIGY aufgesucht und mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % angegeben. Zunächst werden die Toleranzgrenzen für die beiden Kollektive der psychiatrischen und der neurologischen Patienten miteinander verglichen.

	N	x	100 px	100 pl	100 pr
psychiatrische Patienten	332	65	19,58	15,47	23,63
neurologische Patienten	330	48	14,54	10,89	18,77

Tab. 3: Vergleich der Häufigkeit von Allergien und Hautkrankheiten bei psychiatrischen und neurologischen Patienten

N = Anzahl der Patienten

x = positive Fälle

100 px = positive Fälle in %

100 pl = linke untere Toleranzgrenze

100 pr = rechte obere Toleranzgrenze

Daraus, daß die Vertrauensgrenzen beider Gruppen sich überschneiden, ist ersichtlich, daß mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Zufallsabweichung vorliegt. Dementsprechend ergibt ein Vergleich nach dem Vierfeldertest:

$$\begin{aligned} \chi^2 (df = 1) &= 2,97 \text{ (ohne Kontinuitätskorrektur)} \\ &= 2,62 \text{ (mit Kontinuitätskorrektur)} \end{aligned}$$

Die Wahrscheinlichkeit, daß die Abweichungen beider Stich-

proben auf Zufall beruhen, beträgt etwa 10 %. Die Unterschiede sind somit nicht signifikant.

Beim Vergleich der Toleranzgrenzen der sieben Untergruppen hinsichtlich der Häufigkeit aller erfragten psychosomatischen Symptome ergeben sich die Werte der Tabelle 4.

Diagnosegruppen	N	$\bar{x}$	100 px	100 pl	100 pr
Gruppe 1)	170	33	19,41	13,78	26,19
Gruppe 2)	91	16	17,58	10,40	26,98
Gruppe 3)	71	16	22,54	13,46	34,09
Gruppe 4)	48	9	18,75	8,95	32,63
Gruppe 5)	83	12	14,46	7,70	23,89
Gruppe 6)	147	25	17,00	11,33	23,79
Gruppe 7)	52	2	3,85	0,47	13,21

Tab. 4: Vergleich der Häufigkeit von Allergien und Hautkrankheiten in den Diagnosegruppen 1 bis 7
(Erläuterung der Diagnosegruppen s. Seite 28)

Es zeigt sich, daß die Vertrauensgrenzen der Kontrollgruppe 7 bedeutend niedriger liegen als die der anderen Gruppen. Mit Hilfe des Vierfeldertests wurde die Kontrollgruppe mit den Ergebnissen aller übrigen Patienten und den Kollektiven der psychiatrischen sowie der neurologischen Patienten verglichen.

Verglichene Gruppen	χ^2 mit Kontinuitätskorrekt.	P (df = 1)
Gr. 7) Gr. 1) - 6)	14,07	1 %
Gr. 7) Gr. 1) - 3)	10,13	1 %
Gr. 7) Gr. 4) - 6)	6,67	1 %

Tab. 5: Vergleich der Kontrollgruppe 7
mit allen Patienten (Gr. 1) - 6))
mit den psychiatrischen Patienten (Gr. 1) - 3))
mit den neurologischen Patienten (Gr. 4) - 6))
(Erläuterung der Diagnosegruppen s. Seite 28)

Da in der Gruppe 7) die Zahl der psychosomatischen Manifestationen kleiner als 5 ist, wurde bei der Bestimmung von χ^2 die Kontinuitätskorrektur einbezogen. Für alle χ^2 -Werte ergibt sich nach den Tafeln von MITTENECKER eine Zufallswahrscheinlichkeit von weniger als 1 %, d. h. die in der Kontrollgruppe gefundenen Häufigkeiten bilden einen signifikanten Unterschied zu denen der psychiatrischen und neurologischen Gruppen, sowie zu allen Patienten. Es zeigt sich also, daß neurologische und psychiatrische Patienten sich nur wenig in der Häufigkeit aller psychosomatischen Symptome unterscheiden. Verglichen mit diesen beiden Gruppen weisen die Patienten der Kontrollgruppe jedoch bedeutend weniger Allergien und Hauterkrankungen auf.

Die Zahlenverhältnisse bei den einzelnen Symptomen Asthma und Urticaria werden durch Vergleich der Vertrauensgrenzen der in den Diagnosegruppen gefundenen Häufigkeiten in den Tabellen 6 und 7 dargelegt.

Gruppe	N	x	100 px	100 pl	100 pr
1)	170	4	2,36	0,64	5,91
2)	91	3	3,30	0,69	9,33
3)	71	1	1,41	0,04	7,60
4)	48	4	8,33	2,32	19,98
5)	83	3	3,62	0,75	10,20
6)	147	1	0,68	0,16	3,02
7)	52	1	1,92	0,05	10,26

Tab. 6: Vergleich der Asthmahäufigkeit in den Diagnosegruppen 1) - 7)
(Erläuterung der Diagnosegruppen s. Seit 28)

Die Vertrauensgrenzen überschneiden sich und ein Vergleich der am stärksten voneinander abweichenden Gruppen 4) und 7) nach dem Vierfeldertest ergibt:

$$\chi^2 (df = 1) = 1,17 \quad (p \ 10 \ %)$$

Die Unterschiede in der Asthmahäufigkeit sind demnach nicht signifikant.

Gruppe	N	$\bar{x}$	100 p $\bar{x}$	100 pl	100 pr
1)	170	7	4,12	1,66	8,34
2)	91	5	5,49	1,81	12,36
3)	71	4	5,63	1,56	13,80
4)	48	2	4,17	0,51	14,25
5)	83	5	6,02	1,98	13,50
6)	147	11	7,64	3,90	13,23
7)	52	1	1,92	0,05	10,26

Tab. 7: Vergleich der Urticariahäufigkeit in den Diagnosegruppen 1) - 7)

Die Abweichungen der Urticariahäufigkeit sind nicht sehr groß, allerdings ließe sich auch bei wesentlich größeren Unterschieden keine Signifikanz errechnen, da die Urticaria und auch die anderen psychosomatischen Erkrankungen zu selten auftreten.

Bei allen positiven Fällen ($\bar{x} = 113$) von Allergien und Hautkrankheiten sind Männer in 53 % und Frauen in 47 % betroffen. Die prozentuale Geschlechtsverteilung in den einzelnen Symptomgruppen zeigt folgende Tabelle:

	männl. + weibl.	männl.	weibl.
Asthma	15,05 %	7,09 %	7,96 %
Urticaria	31,00 %	14,20 %	16,80 %
Heuschnupfen	8,80 %	7,09 %	1,71 %
Ekzem, Milchschr.	31,00 %	17,70 %	13,30 %
Neurodermitis	1,80 %	1,80 %	---
Psoriasis	7,90 %	2,68 %	5,22 %
Alopecia	4,45 %	2,68 %	1,77 %
Summe	100,00 %	53,24 %	46,76 %

Tab. 8: Prozentuale Verteilung bei Allergien und Hautkrankheiten auf die Geschlechtszugehörigkeit

In dem Fragebogen, der bei allen Untersuchungen als Vorlage diente, ist unter den Punkten, die die Familienanamnese betreffen, weder Asthma noch Urticaria vermerkt. Es werden nur allgemeine Angaben darüber gemacht, ob eine psychiatrische, neurologische oder psychosomatische Familienbelastung vorliegt. Deshalb sind die Zahlenangaben über die Heredität der Asthma- und Urticariapatienten nur mit Vorbehalt zu werten.

Familien-anamnese	17 Asthmafälle	35 Urticariafälle
psychosom.	3	4
psychiatr.	4	12
neurolog.	-	-
psychosom. + psychiatr.	1	5
psychosom. + neurolog.	1	-
ohne Belast.	8	14
	+/- = 9 : 8	+/- = 21 : 14

Tab. 9: Erbliche Belastung der Urticaria- und Asthma-patienten

Es wurden keine neurologischen Erkrankungen in der Familienanamnese gefunden. Dagegen waren 34 % der Urticariapatienten und 23,5 % der Asthmatiker psychiatrisch belastet.

DISKUSSION

Allergien und Hautkrankheiten wurden bei psychiatrischen Patienten in 17,07 % der Fälle gefunden, bei neurologischen Patienten in 14,54 %. Der Unterschied erwies sich jedoch als statistisch nicht signifikant. Demnach darf nicht angenommen werden, daß die Neigung zu Allergien und Hauterkrankungen ein besonderes Kennzeichen der psychiatrischen Gruppe ist. Beim Vergleich beider Kollektive mit der Kontrollgruppe, in der die genannten Symptome weitaus seltener auftreten, zeigte sich ein statistisch gesicherter Unterschied. Da in die Kontrollgruppe nur Patienten mit peripheren neurologischen Störungen aufgenommen wurden, die keinerlei psychopathologische Symptome aufweisen, muß gefolgert werden, daß das Auftreten der untersuchten psychosomatischen Erkrankungen von zentral gelegenen Störungen abhängt, gleichgültig ob eine psychiatrische oder neurologische Erkrankung vorliegt. Ein statistischer Vergleich der einzelnen Diagnosegruppen bezüglich einer psychosomatischen Störung oder auch aller psychosomatischen Symptome, wird keine signifikanten Unterschiede ergeben, da einerseits die einzelnen Erkrankungen zu selten auftreten und andererseits zu wenig Untersuchungsergebnisse vorliegen. Deshalb kann nur eine einfache Gegenüberstellung der zahlenmäßigen Resultate zu weiteren Schlüssen führen.

Die einzelnen Diagnosegruppen werden nach der Häufigkeit von Allergien und Hauterkrankungen geordnet. Körperlich begründbare und endogene Psychosen werden zu einer Gruppe zusammengefaßt, um eine Beurteilung einfacher zu gestalten.

Diagnose	Allergien und Hautkrankheiten in % der Fälle
endogene und körperlich begründbare Psychosen	20,33 %
Anfallsleiden	18,75 %
Neurose, Psychopathie	17,60 %
Tumor, Trauma, Infekt	17,00 %
Gefäßbedingte und degenerative Erkrankungen des ZNS	14,47 %
Kontrollgruppe (peripheres NS)	3,84 %

Tab. 10: Prozentuale Verteilung von Allergien und Hautkrankheiten in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit

Dieses Ergebnis entspricht den Theorien, die eine Beziehung zwischen psychosomatischen Erkrankungen und endogenen Psychosen fordern. SPIEGELBERG sowie LOPEZ IBOR berücksichtigen gerade endogen-biologische Faktoren bei psychosomatischen Störungen. HOCH findet unter allen psychiatrischen Patienten bei der Zykllothymie die meisten psychosomatischen Krankheiten.

Es fällt auf, daß bei Neurosen, die weitaus am häufigsten für die Entstehung psychosomatischer Krankheiten verantwortlich gemacht werden, seltener Allergien und Hautkrankheiten gefunden wurden als bei zerebralen Anfallsleiden. KÄMMERER und EDERLE weisen darauf hin, daß die Epilepsie möglicherweise allergisch bedingt sei. Dieser Deutung kann jedoch nicht allein aufgrund der eigenen Ergebnisse zugestimmt werden, da die Gruppe der Epileptiker bei den untersuchten Fällen für eine statistisch signifikante Aussage zu klein ist.

Bei der Gegenüberstellung der Asthma- und Urticariafälle in den Tabellen 11 und 12 zeigt sich eine andere Häufigkeitsverteilung als bei allen psychosomatischen Störungen zusammen.

Diagnose	Asthma in % der Fälle
Anfallsleiden	8,33 %
Gefäßkr. des ZNS	3,62 %
Neurose, Psychopathie	3,30 %
Psychosen	2,07 %
Kontrollgruppe	1,92 %
Tumor, Trauma, Infekt.	0,68 %

Tab. 11: Prozentuale Verteilung der Asthmahäufigkeit in den Diagnosegruppen

Diagnose	Urticaria in % der Fälle
Tumor, Trauma, Infekt.	7,48 %
Gefäßkr. des ZNS	6,02 %
Neurose, Psychopathie	5,50 %
Psychosen	4,57 %
Anfallsleiden	4,17 %
Kontrollgruppe	1,92 %

Tab. 12: Prozentuale Verteilung der Urticariahäufigkeit in den Diagnosegruppen

Die Urticaria wurde in 35 Fällen gefunden, Asthma war bei 17 Patienten vorhanden. Die Zahl ist sehr niedrig, so daß die Verteilung auf einzelne Diagnosegruppen nicht überbewertet werden darf. Es fällt aber auf, daß sowohl Asthma als auch Urticaria bei neurologischen Patienten häufiger gefunden wurden als bei psychiatrischen. Neurosen stehen an dritter Stelle und endogene sowie exogene Psychosen erst an vierter Stelle der Urticaria- und der Asthmahäufigkeit. Um die Autoren zu widerlegen, die eine neurotische Genese dieser Krankheiten befürworten, sind die eigenen zahlenmäßigen Ergebnisse nicht repräsentativ genug. Zudem fehlt es an Vergleichsmöglichkeiten, da nur wenige Untersuchungen über das Thema Psyche-Allergie neurologische Krankheiten miteinbeziehen. HOCH hat auch neurologische Patienten untersucht und findet unter ihnen mehr Asthma-

tiker (4,1 %) als unter psychiatrischen Patienten (2,7 %).

Bei den eigenen Explorationen ließen sich nur selten gemeinsame charakterliche Merkmale aufdecken, die es gestatten würden, eine bestimmte Asthma- oder Urticariapersonlichkeit anzunehmen. Die Mehrzahl der Patienten gab auf Befragung familiäre Konflikte, berufliche Probleme und Milieuschäden an. Ein kausaler Zusammenhang mit der Erkrankung war jedoch nicht zu ermitteln. Auffallend häufig fanden sich in der Familienanamnese der Urticariapatienten und der Asthmatiker psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen (siehe Tab. 9), während neurologische Krankheiten in der Familienanamnese nur eines Patienten bekannt wurden. Die Patienten mit Urticaria waren in 60 %, die Asthmatiker in 53 % erblich belastet. Hier zeigt sich auch bei der geringen Zahl positiver Fälle, daß besonders die ererbte Neigung zu psychosomatischen Krankheiten Bedeutung für die Entstehung von Asthma und Urticaria haben kann.

Die Tatsache, daß bei den meisten Fällen von Urticaria Arzneimittel- und Nahrungsmittelallergene die auslösenden Faktoren waren, und daß fast alle Asthmatiker in den eigenen Untersuchungen eine Pollenallergie aufwiesen, schließt eine psychische Beeinflussung des allergischen Geschehens nicht aus. So traten Asthmaattacken häufig vor der erneuten Phase einer endogenen Psychose auf oder bei neurologischen Patienten zu dem Zeitpunkt, in dem sich der Kranke in einer seelischen Belastungssituation befand. Das soll durch folgende kurzgefaßte kasuistische Beispiele verdeutlicht werden.

Fall 1: H. R., männlich, 59 J., landwirtschaftlicher Arbeiter, Krg. Nr. 1117/67

Aus der Familienanamnese ist zu berichten, daß die Mutter an Asthma gestorben ist und daß zwei Geschwister wegen unbekannter Geisteskrankheiten in einer Heilanstalt waren. E. A.: Der Patient mußte mehrere Klassen der Volksschule wiederholen und übte später die Berufe eines landwirtschaftlichen Arbeiters und Lokheizers aus. 1941 heiratete

er. Aus der Ehe stammen vier gesunde Kinder. 1954 wurde er in eine Nervenlinik eingeliefert, wo man einen schizophrenen Defektzustand diagnostizierte. 1958 kam er erneut in psychiatrische Behandlung und 1961 wurde er entmündigt. Im Frühjahr 1963 war er gezwungen, seine Arbeit wegen hartnäckiger Asthmaanfälle aufzugeben und kurz darauf wurde er erneut wegen innerer Unruhe, Nervosität und drohender Gewalttätigkeit in die Nervenlinik Marburg eingewiesen, wo man eine "phasische, expansiv-gereizte endogene Psychose" feststellte.

Dieser Fall bietet eine weitere Bestätigung der Annahme, daß allergische rezidivierende Krankheiten, wie das Asthma bronchiale häufig mit endogenen Psychosen zusammen auftreten. Das Vorkommen von Asthma und Psychose in der engsten Familie stützt die Ansicht von WINZENRIED und GEHLKEN, daß ein Krankheitsbild durch Vereinigung der Leiden der Deszendenz entsteht und daß auch der Krankheitsablauf durch eine ererbte endogen-biologische Rhythmik gesteuert werde.

Die nun folgende Krankheitsgeschichte soll zeigen, daß psychosomatische Krankheiten und auch Allergien nicht allein auf Geistes- oder Gemütskrankheiten zurückzuführen sind, sondern durchaus auch bei neurologischen Erkrankungen auftreten.

Fall 2: K. G., weiblich, 20 J., ServiererIn, Krg. Nr. 112/67

Der Vater der Patientin leidet unter Nieren- und Gallensteinen und wurde wegen schwerer Ulcera ventriculi magenreseziert. Die Mutter hat seit 15 Jahren eine inoperable hyperthyreote Struma und ist schwer herzkrank. Die Patientin hat noch 9 Geschwister, von denen ein Bruder in einer Heilanstalt lebt. Drei ihrer Schwestern sind herzkrank. Die Patientin kam im Alter von 8 Jahren mit 6 Geschwistern in ein Fürsorgeheim, in dem sie den Kindergarten und die Schule absolvierte. Die Trennung von den Eltern empfindet sie als einschneidendes Erlebnis ihrer Kindheit und sie leidet auch heute noch unter der Vormundschaft, in der sie sich unfrei und vernachlässigt fühlt. Nach der Volksschule ar-

Pension. E. A.: Die Geburt erfolgte in Steißlage. An Kinderkrankheiten hatte sie Masern und Varizellen. Mit 12 Jahren traten Herz- und Kreislaufbeschwerden sowie eine Otitis media auf. Seit dem 14. Lebensjahr ist der Patientin eine Allergie auf Pfirsiche und Erdbeeren bekannt, nach deren Genuß sich regelmäßig heftige Urticariaschübe im Gesicht und an den Armen einstellten. Außerdem klagte sie über Hautflechten am Mund. Im Alter von 18 Jahren hatte sie eine rechtsseitige Pyelitis. Mit 17 Jahren trat der erste epileptische Anfall auf, bei dem sie bewußtlos zur Seite sank. Die Augen waren geschlossen, sie war nicht ansprechbar und die Babinski-Reflexe fehlten. In den beiden folgenden Jahren häuften sich die Anfälle, deretwegen sie mit Tegretal und Distraneurin behandelt wird. Auch nach der Einnahme von Distraneurin hatte sie einigemale urticariaähnliche, juckende Effloreszenzen im Gesicht beobachtet.

Ohne die vorherige Kenntnis der in den letzten Jahren aufgetretenen eleptiformen Anfälle wäre man versucht, das Auftreten der Urticaria durch die familiäre psychosomatische und psychiatrische Belastung und durch schwere in der Kindheit entstandene Milieuschäden zu erklären. Die zweite, erlebnisreaktive Deutung würde die Urticaria in erster Linie mit der neurotischen Charakterstruktur der Patientin in Zusammenhang bringen. Bei den epileptischen zerebralen Krampfanfällen und dem im EEG nachweisbaren Veränderungen muß sich das Interesse aber auch besonders auf die organischen Störungen des ZNS richten. Damit ist der Ansicht SPIEGELBERGS zuzustimmen, der bei der Betrachtung psychosomatischer Vorgänge somatopsychische und neurosomatische pathogenetische Wege mit berücksichtigt. Auch schon früher ist von FLECK auf die mögliche ätiologische Bedeutung der Nervenkrankheiten wie der Epilepsie und der Polyneuritis verwiesen worden.

Bei der Seltenheit der untersuchten Merkmale ist es bei der geringen Patientenzahl leider noch nicht möglich, zu vielen statistisch bedeutsamen Ergebnissen zu gelangen. Es hat sich aber gezeigt, daß eine einseitige Betrachtungsweise nur durch

die Untersuchung möglichst vieler unausgewählter Patienten zu vermeiden ist. Daher ist zu hoffen, daß noch weitere umfangreiche Untersuchungen den psychosomatischen Forschungsergebnissen Bedeutung verleihen.

ZUSAMMENFASSUNG

Alle erfragten psychosomatischen Symptome, Asthma, Urticaria, Heuschnupfen, Ekzem, Neurodermitis, Psoriasis und Alopecia wurden in genügend Fällen gefunden, um eine statistische Signifikanz zu ermitteln. Es fand sich ein bedeutsamer Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und dem Kollektiv der übrigen Patienten. Daraus wurde geschlossen, daß psychosomatische Störungen von zentralen, endogenen Faktoren abhängen könnten und daß sie nicht die Domäne einer psychiatrischen Erkrankung sind, zumal sie beinahe gleich häufig bei psychiatrischen und bei neurologischen Patienten auftreten. Kranke mit endogenen und körperlich begründbaren Psychosen waren zu einem etwas höheren Prozentsatz betroffen. An zweiter Stelle in der Häufigkeit psychosomatischer Manifestationen standen genuine und traumatische Anfallsleiden. Das mußte auffallen, da auch das Asthma am häufigsten bei Epileptikern vorkam. Endogene Störungen und organische Erkrankungen des Zentralnervensystems sollten demnach in gleicher Weise für die Entstehung psychosomatischer Leiden mitberücksichtigt werden. Ob beide auf einen ätiologischen Faktor zurückzuführen sind, muß noch offengelassen werden. Deshalb wurde auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen hingewiesen, da erst bei größeren Patientenzahlen statistisch verwertbare Aussagen möglich werden. Urticaria und Asthma traten nur in wenigen Fällen auf. Deshalb wurde es vermieden, sie allein aufgrund der gefundenen Häufigkeitsverteilung in Beziehung zu einer bestimmten Diagnosegruppe zu setzen. Anhand zweier Krankengeschichten wurde gezeigt, daß Asthma und Urticaria sowohl bei psychiatrischen als auch bei neurologischen Leiden auftreten können, und daß für die Beurteilung der Allergie im Rahmen eines Krankheitsbildes die möglichst genaue Kenntnis der erblichen Belastung unerlässlich ist.

LITERATURVERZEICHNIS

- ADELSBERGER, F. und M. MUNTER: Alimentäre Allergie.
Halle a./S. Med. Klinik, S. 25 (1935)
- ADLER, A.: Studien über die Minderwertigkeit von Organen.
München, J.F. Bergmann Verl. (1927)
- ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin. Walter de Gruyter
Verl. (1951)
- BALEYAT, R. and S. RINKEL: Urticaria; diagnosis and treatment based on study of 188 cases. J. Oklahoma M.A.
24, 76-84 (1931)
- BANNWARTH, A.: Chronische lymphocytäre Meningitis, entzündliche Polyneuritis und "Rheumatismus". Ein Beitrag zum Problem "Allergie und Nervensystem". Arch. f. Psychiatrie 113, 284-376 (1941)
- BELLAK, L.: Schizophrenia, Logos Press (1958)
- BENEDEK, T.: Psychosomatic Implications of the Primary Unit: Mother-Child. Amer. J. Orthopsychiatr. 19, 642 (1949)
- BING, R.: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Schwabe Verlag
Basel (1952)
- BOCHNIK, H. J.: Multifaktorielle klinische Forschung.
Ferd. Enke Verlag Stuttgart (1964)
- BOGENDÖRFER, M.: Über den Einfluß des Zentralnervensystems auf die Immunitätsvorgänge. Arch. f. exp. Pathol. und Pharmakol. 124, 65-72 (1927)
- BORELLI, S.: Psychische Einflüsse und reaktive Hauterscheinungen. Münchener Med. Wschr. S. 1078 (1935)
- Die Psychosomatik der Hauterkrankungen. Med. Klinik 48, 1806 (1954)
- BORK, F. W.: Psychosen bei medikamentöser Asthmatherapie
Med. Klinik 56, 263 (1961)
- BOSS, M.: Einführung in die psychosomatische Medizin.
Huber Verlag, Berlin und Stuttgart (1954)
- BÜSSOW, H.: Zur Frage der Asthmamittelpsychose. Nervenarzt 35, 222 (1964)
- CORMIA, F. E.: Psychosomatic Factors in Dermatoses . A Critical Analysis of Diagnostic Methods of Approach.
Arch. of Dermat. 55, 601 (1947)

- DÖRR, S.: Allergie und Anaphylaxie. Hdb. pathogen. Mikroorg. 3. Aufl. 1, 759 (1929)
- DUNBAR, F.: Emotions and Bodily Changes. New York (1947)
- EDERLE, W.: Zur Allergiefrage. Zschr. für. die ges. Psychiatrie und Neurologie 167, 742 (1943)
- Allergie und Nervensystem. Beihefte zur Med. Monatschrift Nr. 3, Wissenschaftl. Verlagsges. m.b.H. Stuttgart (1947)
- ELHARDT, S.: Angst und psychosomatisches Geschehen. Zschr. f. Psychosom. Med. 6, 16 (1959)
- ELSÄSSER, G.: Psychose und basaler Hirnprozeß-Halle 1950 (Samml. zwangl. Abhdl. a. d. Geb. d. Psychiatrie und Neurologie 2)
- ENG-KUNG-YEH, J.: Recurrent Urticaria Alternating With Psychosis. Psychosom. Medicine XX, 373 (1958)
- EPPINGER, H.: Die seröse Entzündung. Julius Springer Verl. Wien (1935)
- FLECK, M.: Urticaria. Dermatol. u. Venerol., Gottfried u. Schönfeld Bd. III, 1, 269
- FRENCH, T.M. und F.ALEXANDER: Psychogenic Factors in Bronchial Asthma. Psychosom. Med. Monograph 2, (1941)
- FREUD, S.: Gesammelte Werke. London: Imago (1947)
- FUNKENSTEIN, D.: Physiologic Relationship of Asthma and Urticaria to Mental Illness. Psychosom. Med. XI-XII, 377 (1950)
- GAGEL, O.: Die Erkrankungen des vegetativen Systems. Hdb. d. Inn. Med. V, 2. 777 (1953)
- GEIGY: Dokumenta, Wissenschaftl. Tabellen, 6. Auflg.
- GRACIANSKY, M. und F.BOULE: Urticaria. Atlas d. Dermatol. Bd. 8, Fischer Verl. Stuttgart
- GRAHAM, M. and J.WOLF: Pathogenesis of urticaria; experimental study of life situations, emotions and cutaneous vascular reactions. J.A.M.A. 143, 1396 (1950)
- GREEN, R.: Asthma and Manic Depressive Psychosis - Simultaneously Incompatible or Coexistent? J. nerv. ment. Diss. 40, 64-70 (1965)
- GRONEMEYER, W.: Behandlung allergischer Krankheiten. In: Hansen und Werner, Lehrbuch d. klin. Allergie. Thieme, Stuttgart (1966)

GUTTMANN, E.: Haut und Nervensystem.
Jadassohns Hdb. IV, 1222

HÄFNER, H. und H. FREYBERGER: Psychosomatische Zusammenhänge bei Hautallergien. Zschr. f. psychosom. Med. 2, 177 (1955)

HANHARDT, E.: Erbkrankheiten der Idiosynkrasie.
Dtsch. med. Wschr. 60, 1934

HANSEN, K.: Zur Frage der Psycho- oder Organogenese beim allergisch bedingten Bronchialasthma. Nervenarzt 2, 633; 2, 513

HANSEN, K. und W. GRONEMEYER: Allergie. In: Lehrbuch der Inneren Medizin II, 535 Hrg. H. Dennig, Thieme Verl. Stuttgart

HEILIG, R. und H. HOFF: Über die zentrale Beeinflussung der Schutzkräfte des Organismus. Klin. Wschr. S. 2057 (1928)

HEINROTH, O.: Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens. II, 49 Leipzig (1818)

HELLPACH, W.: Klinische Psychologie. Thieme Verl. Stuttgart (1949)

HEYMER, H.: A Critical Review of the Statistics of Asthmatherapy. H.E. Stanford Kroese N.V. Leyden (1956)

HOCH, E. M.: Psychosomatische Episoden bei Asthmatikern. Zschr. f. psychosom. Med. 11, 22 (1965)

HOFF, F.: Die Wassersucht. Münchner Med. Wschr. 19, 829 (1928)

HOFF, H. und E. RINGEL: Hauterkrankungen als Ausdruck psychosomatischen Geschehens. Acta Neuroveget. Wien 18, 471 (1958)

JORES, A.: Psychosomatische Medizin und Hautkrankheiten. Hautarzt 1 248 (1950)

KÄMMERER, H.: Asthma bronchiale. Hdb. d. Inn. Med. VI, 1, 462

KAISERLING, L.: Das Gewebsbild des fieberhaften Rheumatismus. Veränderungen der feineren Muskelnerven beim Rheumatismus. Virch. Arch. f. path. Anat. 294, 414 (1935)

KEMPER, W.: Erwägungen zur psychosomatischen Medizin. Zschr. f. psychosom. Med. 1, 129 (1955)

KEPECS, J. und N. ROBIN: The Relationship of Certain Emotional States and Transsudation to the Skin. Vortr. auf d. Jahrestag d. Am. Psychosom. Soc., Atlanta City (1949)

- KLAUDER, J.V.: Psychogenic Aspects of the Disease of the Skin. Arch. of Neurol. and Psychiatr. 33, 221 (1935)
- KLEINSORGE, H.: Allergie, eine psychosomatische Erkrankung? Med. Klinik 59, 1193 (1961)
- KLINGE, F.: Das Gewebsbild des fieberhaften Rheumatismus. Virch. Arch. f. path. Anat. 278, 438 (1930)
- KREIBICH, C. und H.SOBOTKA: Experimenteller Beitrag zur psychischen Urticaria. Arch. f. Derm. u. Syphilis 97, 187 (1909)
- KRICHHAUFF, G.: Bemerkungen zu kritischen und neurosenstrukturellen Faktoren beim endogenen Ekzem. Zschr. f. psychosom. Med. 2, 184 (1955/56)
- LOPEZ IBOR, I.I.: Psychosomatische Forschung. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. I, 2, 77
- METALNIKOW, W.: Sur le role de reflexes conditionnels dans l'immunité. Presse méd. 42, 1893 (1934)
- MITTENECKER, E.: Planung und statistische Auswertung von Experimenten. Verl. Fr. Denticke, Wien (1963)
- MOHR, L. und R.STÄHELIN: Allergische Krankheiten. Hdb. d. Inn. Med. Bd. 6, 1. Teil
- MOLHOLM, J.: Hyposensitivity to Foreign Protein in Schizophrenic Patients. Psychiatr. Quarter. 16, 565
- MOLLER, P.: Psychosomatische Dermatologie. Hautarzt 1, 256 (1950)
- PETTE, H.: Die akuten entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems. Leipzig, G.Thieme (1942)
- PIPKORN, U.: Psychose und Allergie. Schw. Med. Wschr. 82, 479 (1952)
- ROSENBACH, O.: Über psychische Therapie innerer Krankheiten. 25. Berl. Klin. Sonderdruck o. J.
- RÜSSLE, E.: Allergie und Pathergie. Leyden, Vorlesung Klin. Wschr. 12, 574 (1933)
- SABBATH, H. und M.LUCE: Psychosis and Bronchial Asthma. Psychiatr. Quarter. 26, 562 (1952)
- SACK, W.Th.: Psyche und Haut. Jadassohn's Hdb. IV, 2, 1313
- SAUL, F. und M.BERNSTEIN: The Emotional Settings of Some Attacks of Urticaria. Arch. Neurol. and Psychiatr. 33, 221 (1935)

SCHALTENBRAND, G.: Über Beziehungen von Hauterkrankungen und Nervenerkrankungen. Zbl. Hautkr. 72, 253 (1949)

- Die Multiple Sklerose des Menschen. Thieme, Leipzig (1943)

SCHNEIDER, K.: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Wien, Deuticke Verl. (1950)

SCHULZ, K.H.: Die chronische Urticaria. Med. Welt 14, 676 (1965)

SLATER, R.: The Periodicity of Manic Depressive Insanity. Zschr. ges. Neurol. u. Psychiatr. 162, 794 (1938)

SPIEGELBERG, U.: Kombinierte Behandlung psychosomatischer Krankheitszustände. In: Probleme der pharmako-psychiatrischen Kombinations- und Langzeitbehandlung. Hrg. H. Kunz - N. Petrilowitsch, S. Karger, Basel/New York (1966)

- Zur Psychosomatik des Syndromwechsels. Zschr. f. Psychotherapie 16, Heft 1
- Über Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten. Fortschr. d. Psychiatr. u. Neurol. 23, 221 (1955)
- Zykllothymie, Neurose und psychosomatische Störung. Forum d. Psychiatrie, Nr. 20 / 1968. Festschrift für Prof. H. Bürgerprin, Ferd. Enke Verl. Stuttgart (1968)

STERN, E.: Psychosomatische Medizin und Hauterkrankungen. Zschr. f. psychosom. Med. 2, 161 (1955/56)

STERN, F.: Zur Frage der psychogenen Dermatosen. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 79, 218 (1922)

STERZ, G.: Psychosomatik im psychiatrischen Bereich. Dtsch. Zschr. f. Nervenheilk. 167, 41 (1951)

STOKVIS, B.: Psychosomatik. Hdb. d. Neurosenlehre und Psychotherapie 3

- Psychosomatische Erkrankungen als Leib-Seelisches Phänomen. Zschr. f. psychosom. Med. 5, 77 (1959)

TAMARIN, G.: Beobachtungen an Asthma- und Psoriasis-Kranken. Zschr. f. psychosom. Med. 9, 26 (1963)

THIEMANN, E.: Psychische und körperliche Bedingungen für die Entstehung des Asthma bronchiale. Med. Welt S. 1416 (1959)

TÖRÖK, L.: Urticaria. Jadassohn's Hdb. IV, 2 145

VAUGHAN, W.Th. und J.C.SULLIVAN: Immunity and Schizophrenia. Psychosom. Med. 11, 327 (1949)

VEIL, W.H. und A. STURM: Die Lungenblutung als vegetativ-nervöses Problem. Tuberkulosearzt 2 263

VÖLKEL, H.: Psychische Faktoren bei Erkrankungen der Atmungsorgane. Zschr. f. psychosom. Med. 2, 81

WINZENRIED, F.J.: Beziehungen körperlicher Erkrankungen zu endogenen Psychosen. In: Probleme phasischer Psychosen. Ferd. Enke Verl. Stuttgart (1961)

WINZENRIED, F.J. und K. GEHLKEN: Beziehungen der chronischen Urticaria zu zirkulären vitalen Verstimmungszuständen. Arch. Psychiatr. u. Z. Neurol. 200, 652 (1959)

WITTKOWER, E.D. and S. RUSSEL: Emotional Factors in Skin Diseases. New York, Paul B. Hoeber (1953)

LEBENS LAUF

Am 5. Juni 1945 wurde ich als die Tochter des praktischen Arztes Dr. med. Günther Neuhaus und seiner Ehefrau Dr. med. Ursula Neuhaus, geb. Brandt in Friedensdorf/Lahn geboren. Von 1950 - 1954 besuchte ich die Volksschule in Friedensdorf und anschließend das Realgymnasium in Biedenkopf, wo ich im Frühjahr 1963 das Abitur des neusprachlichen Zweiges bestand. Mein medizinisches Studium begann ich an der Goethe-Universität in Frankfurt. Nach bestandenen Vorphysikum wechselte ich zur Universität Marburg, an der ich nach dem Sommer-Semester 1965 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Im Sommer 1967 studierte ich in Hamburg, kehrte jedoch nach einem Semester nach Marburg zurück. Seit dem 25. August 1967 bin ich verheiratet mit dem Doktor der Naturwissenschaften Hartmut Pietsch, der zur Zeit als Wissenschaftlicher Assistent im Chemischen Institut der Universität Marburg tätig ist.

Das Staatsexamen bestand ich am 20. Dezember 1968.

Herrn Professor Dr. med. Spiegelberg danke ich für die Überlassung des Themas und für die hilfreiche Unterstützung, die er mir bei der Durchführung meiner Arbeit zuteil werden ließ. Mein besonderer Dank gilt auch Herrn Professor Dr. med. Jacob, der die Explorationen von Patienten der Nervenlinik ermöglichte. Herrn Professor Dr. med. Ihn danke ich für die freundliche Übernahme des Correferates.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren
und Dozenten:

In Frankfurt: Artelt, Egle, Frick, Greven, Halbsguth,
Lindauer, Müser, Ried, Royen, Starck

In Hamburg: Bartelheimer, Bleichert, Fleischer,
Harmsen, Humke, Kracht, Kreutz, Malorny,
Schäfer, Schuchardt, Seifert, Thomsen,
Zuckschwerdt

In Marburg: Berendes, Bommer, Braun-Falco, Buchholz,
Delbrück, Dölle, Exner, Gedigk, Golen-
hofen, Grebe, Hamm, Hensel, Hildebrandt,
Hohorst, Jacob, Karlson, Knauff, Lindner,
Linneweh, Löhr, Mann, Martini, du Mesnil
de Rochemont, Petry, Rodeck, Rodenhäuser,
Rohen, Schleyer, Schmidt, Schwaiger,
Siegert, Siess, Spiegelberg, Straub,
Streicher, Strohmeyer, Zilliken.

